

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІСЬКОГО ГОСПОДАРСТВА імені О. М. БЕКЕТОВА

Н . М . В Л А Щ Е Н К О

# УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ

Навчальний посібник

Харків  
ХНУМГ ім. О. М. Бекетова  
2019

УДК 338.486.1:614.215:005.934.5(075.8)  
В58

### *Автор*

**Влащенко Наталія Миколаївна**, кандидат економічних наук, доцент кафедри туризму і готельного господарства Харківського національного університету міського господарства імені О. М. Бекетова

### *Рецензенти:*

**Карлова Олена Анатоліївна**, доктор економічних наук, професор кафедри менеджменту Української інженерно-педагогічної академії;

**Проскура Володимир Федорович**, доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри менеджменту та управління економічними процесами Мукачівського державного університету;

**Журавльов Валерій Олексійович**, кандидат медичних наук, лікар вищої категорії, головний лікар ЗАТ «Укрпрофоздоровниця» ДП «Клінічний санаторій «Роща»

*Рекомендовано до друку Вченою Радою ХНУМГ ім. О. М. Бекетова,  
протокол № 11 від 10 травня 2019 р.*

**Влащенко Н. М.**

В58      Управління курортами : навч. посібник / Н. М. Влащенко ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2019. – 226 с.

ISBN 978-966-695-503-9

У навчальному посібнику розглянуто основні поняття та складники санаторно-курортного обслуговування, управлінські аспекти розвитку вітчизняних курортів. Особлива увага приділяється державному регулюванню та нормативно-правовому забезпеченню санаторно-курортної діяльності. Наведено вітчизняний та закордонний досвід управління та розвитку курортів з урахуванням сучасних тенденцій.

Навчальний посібник призначений для студентів і викладачів спеціальностей «Менеджмент готельного, курортного та туристського сервісу», «Готельна і ресторанна справа», «Туризм», науковців і практиків, які працюють у сфері курортів, а також для всіх, хто цікавиться цією проблематикою.

УДК 338.486.1:614.215:005.934.5 (075.8)

ISBN 978-966-695-503-9

© Н. М. Влащенко, 2019

© ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2019

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
<b>ТЕМА 1 ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСУ ТА ЙОГО МІСЦЕ В ЕКОНОМІЧНІЙ СИСТЕМІ РЕГІОНУ Й ДЕРЖАВИ.....</b>	<b>6</b>
1.1 Поняття індустрії здоров'я та її структура.....	6
1.2 Взаємозв'язок і взаємодія підсистем індустрії здоров'я.....	8
1.3 Інфраструктура індустрії здоров'я.....	11
1.4 Система організації охорони здоров'я в Україні.....	14
1.5 Особливості впровадження медичної реформи в Україні.....	18
1.6 Характеристика стану здоров'я населення України.....	20
1.7 Місце санаторно-курортного комплексу в сфері надання послуг населенню України та економічній системі регіону.....	24
1.8 Реабілітаційний потенціал та система реабілітації на курорті.....	32
Питання для самоконтролю.....	34
<b>ТЕМА 2 ОРГАНІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ. ФОРМИ КУРОРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>36</b>
2.1 Управління курортами на різних рівнях.....	36
2.2 Класифікація санаторно-курортних закладів.....	42
2.3 Організаційно-господарська структура санаторно-курортних закладів.....	53
2.4 Реалізація функцій управління в санаторно-курортних закладах...	61
Питання для самоконтролю.....	66
<b>ТЕМА 3 ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>68</b>
3.1 Нормативно-правове забезпечення санаторно-курортної діяльності в Україні.....	68
3.2 Ліцензування, стандартизація та сертифікація санаторно-курортних послуг.....	74
3.2.1 Ліцензування санаторно-курортних послуг.....	74
3.2.2 Стандартизація та сертифікація санаторно-курортних послуг...	79
3.2.3 Акредитація санаторно-курортних закладів.....	81
3.3 Федерація профспілок України та її діяльність щодо захисту прав працюючих громадян.....	84
3.4 Порядок планування та розподілу путівок через Фонд соціального страхування.....	88
Питання для самоконтролю.....	95

ТЕМА 4	САНАТОРНО-КУРОРТНИЙ ПРОДУКТ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ.....	97
4.1	Класифікація та особливості санаторно-курортних послуг.....	97
4.2	Медичні послуги як цільова частина санаторно-курортного продукту.....	102
4.2.1	Порядок відбору та направлення пацієнтів на санаторно-курортне лікування.....	105
4.2.2	Загальна характеристика програм відновного санаторно-курортного лікування.....	110
4.2.3	Методичні підходи до оцінки ефективності відновного лікування.....	112
	Питання для самоконтролю.....	114
ТЕМА 5	ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ.....	116
5.1	Управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств на засадах маркетингу.....	116
5.2	Маркетингові комунікації санаторно-курортних підприємств.....	124
5.3	Інновації в розвитку санаторно-курортних підприємств.....	130
5.4	Інтегральний аналіз ефективності управління санаторно-курортним підприємством.....	134
5.4.1	Аналіз організації управління.....	135
5.4.2	Аналіз маркетингової діяльності.....	137
5.4.3	Аналіз ефективності економічної діяльності.....	138
5.4.4	Аналіз рівня задоволеності споживачів.....	141
5.4.5	Аналіз технологічних інновацій.....	143
5.4.6	Інтегрована оцінка ефективності управління курортними підприємствами.....	144
	Питання для самоконтролю.....	146
ТЕМА 6	СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ.....	148
6.1	Санаторно-курортний кластер як інноваційна форма розвитку території.....	148
6.2	Закордонний досвід управління та розвитку курортів.....	160
6.3	Соціальний туризм як перспективна форма розвитку ринку туристсько-рекреаційних послуг.....	169
6.3.1	Поняття та головні складники розвитку соціального туризму...	169
6.3.2	Аналіз моделей розвитку соціального туризму в Україні.....	175
	Питання для самоконтролю.....	179
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	181
	ДОДАТКИ.....	191

## ВСТУП

Санаторно-курортний комплекс займає особливе місце в системі господарського комплексу держави, оскільки в ньому відбувається відтворення трудових ресурсів і оздоровлення населення країни, що робить його економічно та соціально значущим.

Створена за часів Радянського Союзу структура санаторно-курортного комплексу (далі – СКК) не мала аналогів у світовій практиці. Підпорядкування санаторно-курортних установ різним відомствам і громадським організаціям не було перешкодою для здійснення єдиної державної політики розвитку СКК. Ринкові перетворення в економіці України активізували множинні дестабілізувальні фактори розвитку, що призвело до зниження його значущості. Переживши період глибокої кризи, СКК довів свою життєздатність і спроможність. Але водночас з тим низка невирішених проблем на державному, регіональному та галузевому рівнях проявляються у вигляді факторів, що стримують розвиток курортів. Недостатня вивченість економічних умов і тенденцій розвитку СКК знижує ефективність управління курортами, що й актуалізує необхідність вивчення перелічених вище питань.

Майбутньому менеджеру в сфері туризму необхідні системні знання щодо управлінських аспектів розвитку курортів. На сьогодні до навчальних планів багатьох вищих навчальних закладів входить навчальна дисципліна «Управління курортами», яка належить до дисциплін підготовки магістрів «Менеджмент готельного, курортного та туристського сервісу».

Метою дисципліни «Управління курортами» є формування у студентів знань про особливості функціонування курортних підприємств в умовах ринку, багатогранність спектра відносин управління як визначального фактора організаційної ефективності діяльності санаторно-курортних закладів і курортного комплексу загалом.

Навчальний посібник знайомить студентів з системою організації охорони здоров'я в Україні та місцем СКК в цій системі; визначенням місця санаторно-курортного комплексу в сфері надання послуг населення України та економічній системі регіону; організацією управління курортами на різних рівнях та особливостями організаційної структури санаторно-курортних закладів. У матеріалах навчального посібника висвітлені питання нормативно-правового забезпечення санаторно-курортної діяльності, яке систематизовано за ступенем впливу на досліджувану сферу; наведені особливості ліцензування, стандартизації та сертифікації санаторно-курортних послуг; систематизований вітчизняний і закордонний досвід управління та розвитку курортів з урахуванням сучасних тенденцій.

Навчальний посібник призначений студентів і викладачів спеціальностей «Менеджмент готельного, курортного та туристського сервісу», «Готельна і ресторанна справа», «Туризм», науковців і практиків, які працюють у сфері курортів, а також для всіх, хто цікавиться цією проблематикою.

# ТЕМА 1 ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСУ ТА ЙОГО МІСЦЕ В ЕКОНОМІЧНІЙ СИСТЕМІ РЕГІОНУ Й ДЕРЖАВИ

## 1.1 Поняття індустрії здоров'я та її структура

Здоров'я має виняткове значення у житті кожної людини, кожної сім'ї та суспільства загалом. Здоров'я та благополуччя населення є ключовими факторами економічного та соціального розвитку країни. Гарне здоров'я нації є неоціненним ресурсом держави.

Здоров'я сприяє підвищенню продуктивності праці, формуванню ефективніших трудових ресурсів та більш здоровому старінню; скорочує витрати, пов'язані з хворобою та соціальною допомогою, а також витрати, пов'язані з наданням медичної допомоги; сприяє зменшенню втрат податкових надходжень у бюджет. Міжнародний досвід показує, що найперспективнішим шляхом для забезпечення здоров'я та благополуччя населення є злагоджена робота всіх секторів держави, яка скерована на соціальні та індивідуальні детермінанти здоров'я.

У Європейському регіоні ВООЗ з 2012 р. діють Засади європейської політики «Здоров'я – 2020» як стратегічна платформа, заснована на цінностях, орієнтована на конкретні дії, з можливістю адаптації до конкретних реалій.

Цим документом країни Європейського регіону ВООЗ визнають право кожної людини на здоров'я, незалежно від етнічної належності, статі, віку, соціального положення та платоспроможності. До головних цінностей належать справедливість, стійкість, якість, прозорість, підзвітність, захист людської гідності та право на участь у прийнятті рішень.

Охорона здоров'я займає виняткове місце в соціально орієнтованій ринкової економіці, оскільки саме тут виробляються медичні послуги, створення яких є головною умовою відтворення та зміцнення здоров'я населення.

Сучасну охорону здоров'я неможливо уявити відокремленою, ізольованою та функціонуючою поза національною економікою. У реальних умовах охорона здоров'я базується на кооперації, яка пов'язує її з іншими сферами діяльності в межах національної економіки. На основі такої взаємодії різних галузей і сфер діяльності виникає особлива підсистема національного господарства, яку автори пропонують іменувати «індустрія здоров'я».

**Індустрія здоров'я** – це функціональна багатогалузева підсистема національного господарства, яка виражає взаємозв'язок, взаємодію охорони здоров'я та пов'язаних із нею галузей і сфер діяльності з охорони, відтворення та зміцнення здоров'я людей.

Розвиток промисловості здоров'я обумовлюється переходом охорони здоров'я на використання сучасних технологій, яке істотно розширило те-

хнологічні й функціональні зв'язки охорони здоров'я з іншими галузями національної економіки.

Поглибленню інтеграції охорони здоров'я в економічний кругообіг сприяє функціонування останньої на основі ринкових відносин.

Безліч галузей національної економіки безпосередньо чи опосередковано беруть участь у функціонуванні індустрії здоров'я, структура якої зображена на рисунку 1.1.

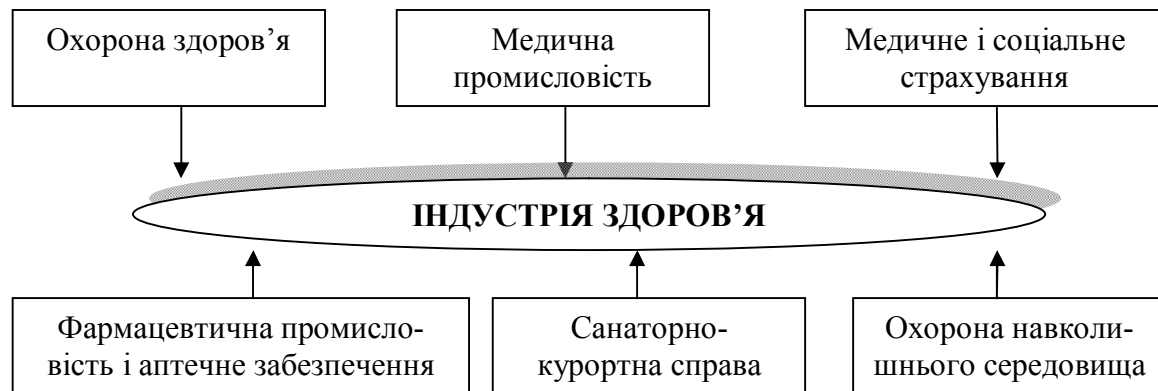


Рисунок 1.1 – Структура індустрії здоров'я

В індустрію здоров'я входять лікувально-профілактичні, медико-реабілітаційні та аптечні організації, центри санепіднагляду, підприємства медичної промисловості, організації медичного страхування. На нашу думку, для виокремлення індустрії здоров'я в самостійну підсистему національної економіки не має значення, до якого відомства належать її складники. Головне, що дає змогу розглядати їх як єдину підсистему, – це їхнє функціональне призначення в суспільному виробництві – охорона та зміцнення здоров'я населення.

Індустрія здоров'я – це невід'ємний елемент ринкового господарства, який грає істотну роль у соціально-економічному розвитку провідних країн. Ступінь розвитку індустрії здоров'я тісно пов'язаний із рівнем зрілості сучасного ринкового господарства.

Індустрія здоров'я бере безпосередню участь у створенні валового внутрішнього продукту, національного продукту, виробляючи одночасно товари й послуги, пов'язані з охороною здоров'я. Водночас фармацевтика – не тільки виробник товарів і послуг, але й активний їх покупець, що підсилює економічну діяльність загалом і економіку соціальної сфери зокрема, сприяє розвитку конкуренції між різними секторами господарського комплексу.

На сьогодні через відсутність необхідних статистичних даних досить складно уявити мікро- й макроекономічний аналіз діяльності вітчизняної індустрії здоров'я.

Відзначимо лише, що тільки в системі МОЗ України перебуває 1 504 лікувально-профілактичних установ на 436,4 тис. ліжок, зокрема 1 319 лі-

карень, 192 диспансери зі стаціонарами. Станом на 1.01.2017 в країні функціонує 5 153 поліклінік, 15 167 фельдшерсько-акушерські пункти, 6 120 установ первинної медичної допомоги; амбулаторно-поліклінічні заклади розраховані на 957,1 тис. відвідувань за зміну [115].

У закладах МОЗ України працюють понад 800 тис. осіб, зокрема 221,60 тис. лікарів, 464,30 медичних сестер [115].

В умовах посиленої ролі здоров'я в сучасному суспільстві з'являється необхідність усебічного вивчення механізму господарювання індустрії здоров'я. Зрозуміло, що кожна зі сфер індустрії здоров'я розвивається згідно за своїми закономірностями. Водночас індустрії здоров'я як підсистемі національної економіки притаманні загальні риси й закономірності, що впливають з її функціональної ролі в сучасному суспільстві – охорона та зміцнення здоров'я людей.

## **1.2 Взаємозв'язок і взаємодія підсистем індустрії здоров'я**

Необхідність об'єднання різних галузей і сфер діяльності, спрямованих на зміцнення та охорону здоров'я в єдиний комплекс, обумовлена спільністю цілей їхньої діяльності та тісними взаєминами, що існують між ними.

Функціонування індустрії здоров'я в нових умовах господарювання ще більш сприяє встановленню взаємозв'язків і взаємодії між складниками. Насамперед такі зв'язки виникають між двома взаємодоповнюючими один одного сферами – сферою медичного обслуговування населення та медичною промисловістю.

Забезпечення охорони та зміцнення здоров'я нації значною мірою залежить від того, наскільки злагоджено розвиваються всі сектори та служби індустрії здоров'я. Будь-яке протиріччя в їхньому функціонуванні загрожуює суспільству додатковими соціальними і економічними втратами. Тому для визначення шляхів розвитку кожного елемента цієї підсистеми не можна не враховувати його взаємозв'язок з іншими службами та секторами індустрії здоров'я.

Вирішення проблеми оптимальної стратегії функціонування індустрії здоров'я як єдиного цілого необхідно для створення концепції реформування охорони здоров'я. Без інтеграційного підходу до охорони, підтримки та зміцнення здоров'я не може бути розроблена науково обґрунтована концепція розвитку.

Існуючий же поки дезінтеграційний підхід до розвитку індустрії здоров'я на державному рівні призводить до зниження ефективності пропонованих заходів, спрямованих на зміцнення та охорону здоров'я.

Інтеграційний підхід до розвитку індустрії здоров'я вкрай необхідний для подолання процесів роз'єднаності, фрагментарності та неузгодженості дій структур, відповідальних за вирішення питань охорони здоров'я населення. Такий підхід до охорони здоров'я необхідний як на загальнодержавному, так і на регіональному рівнях. Його впровадження, безсумнівно,



сприятиме раціональнішому (з урахуванням потреб населення в конкретних формах і видах медичної допомоги) розподілу ресурсів між усіма службами індустрії здоров'я та окремими лікувально-профілактичними організаціями, підвищенню точності оцінки обсягів лікувально-діагностичних процедур залежно від функціонального призначення об'єктів охорони здоров'я.

Служби та сектора індустрії здоров'я, будучи її структурними елементами, самі водночас є системи, які мають свою внутрішню організацію та свої структурні підрозділи. Об'єднані міжелементними зв'язками і механізмами окремі підсистеми індустрії здоров'я тісно взаємодіють між собою. Будь-які істотні зміни в одній із них незмінно викликають відповідні зміни в інших підсистемах. За законами діалектики така співпраця передбачає взаємне доповнення, взаємопідтримку діючих підсистем, а суперечності, які неминуче виникають між ними, стають джерелом розвитку індустрії здоров'я загалом.

Подібна взаємодія, з одного боку, сприяє зміцненню кожної з підсистем і в кінцевому підсумку – зміцненню всієї системи, а з іншого боку, створює передумови для найповнішого розкриття здатності індустрії здоров'я до зміни й розвитку. Наприклад, розширення номенклатури лікарських засобів, поява нових унікальних препаратів і зразків медичного обладнання (а іноді й просто серйозне поліпшення їхніх параметрів) завжди слугує дієвим стимулом до розробки досконаліших лікувально-діагностичних і оздоровчо-реабілітаційних технологій. При цьому істотно підвищується стійкість індустрії здоров'я до впливу зовнішніх негативних факторів: скорочення обсягу бюджетного фінансування, виникнення масштабних епідемій тощо.

Індустрії здоров'я властива наявність певних інтегральних властивостей, що належать їй як системі, але не властивих жодній з її підсистем. Зрозуміло, що якість здоров'я населення хоча й безпосередньо залежить від характеристик окремих структурних елементів індустрії здоров'я, проте повністю ними не визначається. Для отримання точнішої оцінки стану здоров'я населення потрібно враховувати також вплив на нього умов і способу життя, психостресових, екологічних та інших різноманітних факторів.

На ринку курортних послуг вибудовується чіткий взаємозв'язок його учасників: підприємств санаторно-курортної галузі, споживача, держави, постачальників і конкурентів. Напрямки та зв'язки учасників санаторно-курортної діяльності відображені на рисунку 1.2.

Формування й розвиток індустрії здоров'я вимагає раціоналізації єдиного підходу в межах національної економіки до ресурсів, організаційно-правовим формам функціонування, реалізації можливостей пошуку та здійснення ефективних варіантів медико-соціального розвитку суспільства. При такому підході буде подолана відомча роз'єднаність управління здоров'ям населення та досягнутий ефективніший розвиток інтеграційно пов'язаних між собою галузей і сфер діяльності.

**Функції індустрії здоров'я.** Діяльність індустрії здоров'я як підсистеми національного господарства сприяє охороні та зміцненню здоров'я населення, національній безпеці країни. Поступальний розвиток індустрії здоров'я належить до найважливіших умов реалізації соціально орієнтованої політики держави.

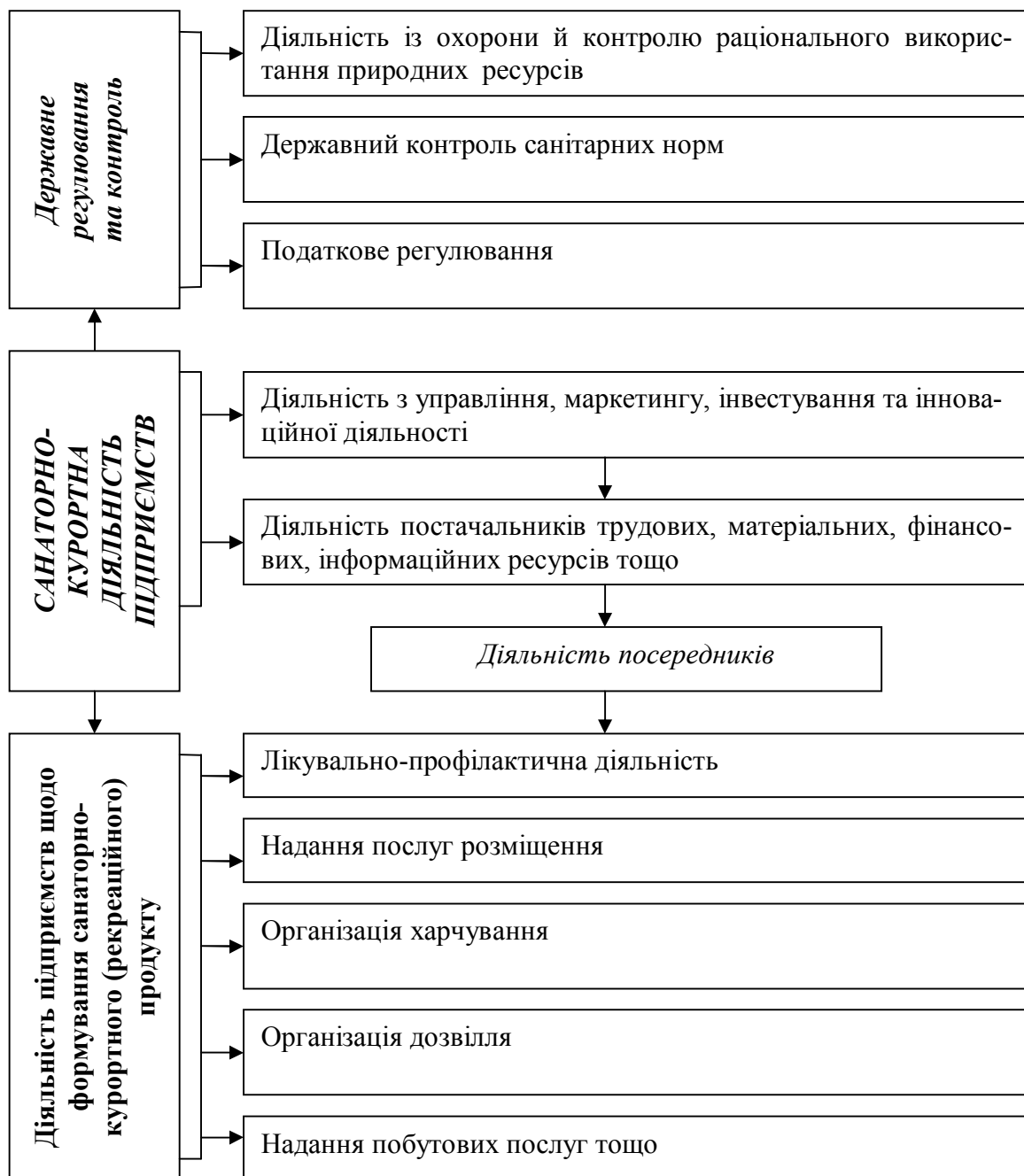


Рисунок 1.2 – Напрями та зв'язки учасників санаторно-курортної діяльності як складника індустрії здоров'я

На індустрію здоров'я як підсистему національної економіки покладається виконання таких функцій:

– забезпечення членів суспільства медичними послугами та товарами медичного призначення;

- формування медичної спільноти з його професійними установками й обов'язками;
- наукове пізнання природи хвороб, їх лікування та профілактика.

### 1.3 Інфраструктура індустрії здоров'я

Сукупність організацій, які забезпечують умови для функціонування та розвитку індустрії здоров'я, називається *інфраструктурою індустрії здоров'я*.

Інфраструктура індустрії здоров'я включає основні засоби, транспорт, зв'язок, матеріально-технічне постачання, заготівлю сировини, торгівлю, інформаційне та ремонтно-технічне обслуговування, освіти. Графічно складники інфраструктури індустрії здоров'я наведені на рисунку 1.3.

Серед складників індустрії здоров'я виокремлено чотири основних блоки: матеріально-технічного забезпечення, торгівля, лікувально-оздоровчий потенціал території, науково-дослідні організації та вищі навчальні заклади (далі – ВНЗ).

Аналізуючи перший інфраструктурний блок «Матеріально-технічне забезпечення», варто зазначити, що у 2018 р. Міністерство охорони здоров'я (далі – МОЗ) України, спільно з Міністерством регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства та депутатами Верховної Ради МОЗ України розпочало працювати над вимогами до медичної інфраструктури та вдосконаленням державних будівельних норм (далі – ДБН).

Заступник міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк під час наради «Розвиток територій. Нагальні проблеми містобудівної документації» розповів про зміну системи фінансування в медичній галузі та підкреслив, що навіть із високою зарплатою лікарі не захочуть їхати працювати в село, якщо там не буде якісної медичної інфраструктури [110].

Наразі триває робота над її плануванням. Зокрема, розглядаються макети амбулаторій, центрів здоров'я, які планується створювати на базі колишніх поліклінік, та переглядаються вимоги до приміщень лікарень.

Так, на первинній ланці йдеться про два формати медичної інфраструктури для громади: монопрактику (приміщення для медичної практики, де розташовується і житло лікаря), яку створюють для віддалених сіл, та опорний пункт медичної практики на 3–5 лікарів, що обслуговують 7–10 тис. населення. На думку МОЗ, останній варіант є ефективнішим у медичному аспекті. Лікарі матимуть можливість замінити один одного у разі хвороби чи відпустки, радитися між собою у складних випадках та надавати допомогу 24 год на добу у режимі чергування. Для невеликих містечок профільне міністерство, підтримавши пропозицію Асоціації міст України, пропонує використовувати приміщення великих поліклінік для надання інших немедичних послуг, пов'язаних зі здоров'ям (реабілітаційні заходи, масажні кабінети, лікувальна гімнастика тощо) [110].



Рисунок 1.3 – Складники інфраструктури індустрії здоров'я

П. Ковтонюк зазначив, що МОЗ та Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства мають спільні позиції щодо недоліків медичних ДБН та працюють над їх вдосконаленням.

В Україні стартувало виробництво сучасних автомобілів швидкої допомоги, які проводитимуться на виробничих потужностях компанії Briorson Motors на базі моделі Hyundai H350 і відповідати всім міжнародним та українським стандартам. До кінця 2018 випущено 80 автомобілів, а в 2019 році планується випустити 500 одиниць «швидкої» [119].

Варто зазначити певні позитивні тенденції зміни у вітчизняній фармацевтичній галузі.

Розвиток фармацевтичної галузі України має стратегічно важливе значення, оскільки вона є одним з елементів забезпечення національної безпеки та виробником продукції високої соціальної значущості. В умовах жорсткої конкуренції та ліцензування відповідно до вимог стандартів GMP вітчизняні підприємства намагаються нарощувати обсяги виробництва та здійснювати модернізацію потужностей і наукової бази за умови збереження доступності цін на лікарські засоби. Типовою особливістю фармацевтичного ринку є висока імпортозалежність, частка промислової продукції вітчизняного виробництва у структурі внутрішнього споживання скорочується. Тож посилення орієнтації на задоволення потреб внутрішнього ринку, дослідження стану та тенденцій розвитку галузі дає змогу констатувати про його значну актуальність.

Обсяги виробництва фармацевтичної продукції на вітчизняних підприємствах щорічно зростають приблизно на 17 %. Ураховуючи, що в переважній більшості вартість іноземних препаратів, які займають 70 % ринку в 4–5 разів вище, вітчизняні фармвиробники змогли задовольнити попит внутрішніх споживачів, завдяки чому збільшили свої обсяги як у вартісному, так і в натуральному вираженні. Проте у 2017 р. спостерігаються за окремими позиціями негативні тенденції спаду, конкуренція на ринку стає все жорсткішою, тому окрім нарощування асортименту, питання відповідності стандартам GMP є невід’ємною частиною належної виробничої практики [107].

Великого значення набувають кадрові питання, від яких залежить якість надання медичної допомоги, зокрема санаторно-курортної. Кадровий складник інфраструктури індустрії здоров’я зосереджений у четвертому блоці «Науково-дослідні організації та ВНЗ».

На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров’я України щодо кадрового забезпечення та державного управління ситуація ускладнюється такими чинниками [107]:

- браком фахівців – менеджерів охорони здоров’я;
- відсутність фахового стратегічного планування кадрової ситуації на місцях;
- невідповідність статистики й офіційної звітності реальному стану справ;
- низька заробітна плата, зниження престижу професії.

Для практичної реалізації державної кадрової політики у сфері охорони здоров’я потрібно:

1) розробити регіональні програми підготовки медичних працівників для закладів охорони здоров'я, ширше використовувати при цьому систему цільового направлення на підготовку кадрів (особливо серед сільської молоді, а також молоді «проблемних» регіонів). Для цього передбачити відповідні кошти в місцевих бюджетах;

2) внести зміни до системи вузької спеціалізації в інтернатурі після того, як випускники відпрацюють сімейними лікарями три роки в регіонах, де найгостріше відчувається в них потреба;

3) запровадити диференціацію розміру оплати праці медичних працівників залежно від рівня їхньої кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також неперервності стажу роботи.

Головна функція інфраструктури індустрії здоров'я зводиться до забезпечення необхідних умов для нормального здійснення медико-санітарних, лікувально-діагностичних і оздоровчо-профілактичних процесів шляхом реалізації технологічних, організаційно-економічних, виробничих), медико-правових та інших зв'язків.

Якщо розглядати курортну інфраструктуру, то за функціональним призначенням вона розподіляється на виробничу (транспорт, зв'язок, будівельна індустрія, водопостачання, енергопостачання) і соціальну (торгівля, громадське харчування, побутове обслуговування, культурні, дитячі установи). Також до інфраструктури належить підсистема ресурсозбереження, яка відповідає за охорону навколишнього середовища й відтворення ресурсів.

#### **1.4 Система організації охорони здоров'я в Україні**

Згідно з Конституцією та Цивільним кодексом України охорона здоров'я громадян та зміцнення громадського здоров'я лежать в основі соціальної та економічної політики держави. Виконувати це важливе соціальне завдання покликана державна система охорони здоров'я, що включають у себе керівну ланку в особі міністерства (на державному рівні), регіональних управлінь (на регіональному рівні), а також міські управління або відділи охорони здоров'я (на муніципальному рівні).

Усю профілактичну роботу з підтримки санітарно-протиепідемічного стану в містах, селищах і сільських районах здійснюють підрозділи санітарно-епідемічного контролю Міністерства охорони здоров'я (далі – МОЗ) України.

Головними завданнями МОЗ є такі:

1) забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням;

2) забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу;

3) забезпечення формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення;

4) координація діяльності органів виконавчої влади з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу [99].

МОЗ забезпечує контроль за якістю питної води, продуктів харчування, санітарним станом міст, дотриманням гігієнічних норм праці, житла, об'єктів харчування тощо. В її завдання входить проведення профілактичних щеплень як планових, так і за епідеміологічними показниками у випадках небезпеки поширення кору, поліомієліту, скарлатини та інших інфекційних захворювань.

У поняття охорони здоров'я як суспільної функціональної системи входить весь комплекс державних, колективно-групових і особистих заходів, спрямованих на захист життя та здоров'я кожної людини й всього населення.

Під *системою охорони здоров'я* розуміють сукупність служб, органів і установ, безпосередньо зайнятих медико-санітарною справою, вивченням здоров'я та його порушень, профілактикою, розпізнаванням і лікуванням хвороб.

Сучасна концепція розглядає охорону здоров'я не як соціальну сферу, яка фінансується за залишковим принципом, а як сферу життєзабезпечення та безпеки.

У систему збереження та зміцнення здоров'я людини (охорони здоров'я) України входять:

- державна система охорони здоров'я, що забезпечує можливість обов'язкового застосування медичними установами єдиних, найефективніших методів роботи, проведення планових оздоровчих і санітарно-гігієнічних заходів, а також принципу загальнодоступності;

- система страхової медицини;

- приватна медицина (клініки, кабінети).

Діяльність системи охорони здоров'я має два напрями:

- профілактика;

- лікування.

**I Профілактика**, головним завданням якої є попередження ослаблення здоров'я та розвитку захворювання, включає:

- 1) санітарно-гігієнічні заходи;

- 2) реалізацію диспансерного методу, який передбачає:

- активне виявлення хворих із ранніми стадіями захворювання та постійний нагляд за ними;

- активне спостереження за хворими та їх систематичне лікування;

- патронаж, тобто активне систематичне спостереження за хворими в домашній обстановці, вивчення соціально-побутових і гігієнічних умов їх життя.

Профілактику здійснюють:

- поліклініки (до 90 % хворих), звідки потребують лікування після звернення направляють у лікарні на госпіталізацію;

– диспансери. Диспансери є лікувально-профілактичними установами.

**II Лікування** здійснюють різні клініки, головне завдання яких – надання лікувальної допомоги з використанням медикаментозних та фізичних методів лікування, оперативного методу в хірургічних відділеннях. Особливу категорію складають пологові будинки, де також надають лікувальну та профілактичну допомогу.

Лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я поділяються на амбулаторні й стаціонарні.

До **амбулаторних** установ належать:

а) *амбулаторії* – лікувальні установи, які надають медичну допомогу в самій установі та на дому. Від поліклініки відрізняються меншою кількістю фахівців і обсягом діагностичних досліджень;

б) *поліклініки* – самостійні лікувально-профілактичні установи або входять до складу об'єднання лікарні, оснащені лабораторіями, діагностичними та процедурними кабінетами. Прийом проводять лікарі всіх спеціальностей;

в) *здоров'я пункти* на промислових підприємствах і фельдшерсько-акушерські пункти в сільських місцевостях, які надають першу кваліфіковану медичну допомогу, проводять профілактичні огляди, стежать за санітарним станом підприємства та дотриманням техніки безпеки;

г) *диспансери*, які спостерігають хворих з певними захворюваннями (туберкульоз, шкірно-венерологічним, психоневрологічних, онкологічних), проводять лікування, профілактику, патронаж хворих;

д) *жіноча консультація* – лікувально-профілактичний заклад, де здійснюється лікування та профілактика гінекологічних захворювань, спостереження за вагітними, навчають догляду за новонародженими та особистої гігієни;

е) *станції швидкої допомоги*, які надають населенню медичну допомогу в гострих випадках.

До **стаціонарних** установ належать:

– *лікарні* – лікувальні установи для хворих, які потребують постійного лікування та догляду. Залежно від величини і підпорядкування розрізняють обласні, міські, районні та сільські лікарні. Можуть бути як загального профілю, так і спеціалізовані (туберкульозні, інфекційні, психіатричні);

– *госпіталі* – лікарні для лікування військовослужбовців або інвалідів;

– *клініки* – лікарняні установи, які здійснюють стаціонарне лікування хворих, навчання студентів і науково-дослідні роботи (далі – НДР).

Головним напрямом удосконалення організації охорони здоров'я є забезпечення його цілісності за допомогою єдиних підходів до планування, нормування, стандартизації, ліцензування та сертифікації. При цьому позитивний вплив має надати система обов'язкового медичного страхування як основа фінансування медичної допомоги в межах державних гарантій. На державному рівні затверджуються методики розрахунку нормативів забезпечення закладів охорони здоров'я матеріальними, трудовими й фінансовими ресурсами.



Програми охорони здоров'я передбачають державні гарантії щодо забезпечення громадян безкоштовною медичною допомогою.

У вітчизняній охороні здоров'я виокремлюють такі етапи лікування та оздоровлення:

1. Діагностичний – виявлення на ранньому етапі змін фізіологічних систем організму (нервової, серцево-судинної, дихальної, травлення). Для цієї мети використовуються традиційні методи, а також сучасні експрес-методи.

2. Лікувально-профілактичний – відновлення ослаблених або порушених систем організму. В екстрених випадках призначається лікування (медикаментозне, оперативне).

3. Реабілітаційно-рекреаційний – здійснюється в умовах установ санаторно-курортної сфери, які включають такі види підприємств:

– *профілакторій* – оздоровчі заклади для ослаблених або для долікування після виписки з клініки;

– *санаторій* – лікувально-профілактичний заклад, призначений для лікування, профілактики та медичної реабілітації з використанням пріоритетно природних лікувальних фізичних факторів;

– якщо санаторій створюється при промисловому підприємстві для реабілітації та профілактики без відриву від виробництва, то така установа отримала назву *санаторію-профілакторію*;

– *пансіонат із лікуванням* – установа, призначена для відпочинку й лікування. У всіх пансіонатах відпочиваючим надають житло та харчування. Пансіонати з лікуванням зазвичай розміщені на курортах, поблизу курортних поліклінік і санаторіїв. Відпочиваючі в пансіонатах лікуються амбулаторно. Зазвичай, медичне обслуговування здійснює курортна поліклініка. На практиці багато пансіонатів із лікуванням нічим не відрізняються від санаторіїв, мають повноцінну власну лікувальну базу та ліцензію на медичну діяльність;

– хворим, які не потребують постійного медичного нагляду, призначається амбулаторно-курсове лікування в *курортних поліклініках і пансіонатах із лікуванням*;

– *курортна поліклініка* – установа, організована у великих курортних містах і призначена для надання поліклінічної медичної допомоги та ведення хворих, які прибувають на курорт по курсівках. Відпочиваючі розміщуються в пансіонатах або приватному секторі. Користуватися послугами курортної поліклініки, за умови достатньої для цих цілей потужності, можуть і неорганізовані контингенти;

– *будинок відпочинку* є профілактичним закладом, призначеним для організованого відпочинку осіб, які не мають потреби в спеціальному медичному догляді, лікарському нагляді й лікуванні;

– *турбаза* – на них відпочивають практично здорові особи, які прибули для заняття активними формами туризму.

Головними оздоровчими факторами в будинках відпочинку й турбазах є фізична культура та спорт, ближній і дальній туризм, природні лікувальні фактори, які використовуються для загартовування організму, а також культурно-масові заходи.

Курортно-амбулаторне лікування проводять у кліматолікувальних павільйонах, бальнеогрязелікарнях, бюветах питних мінеральних вод, інгаляторіях та інших курортних установах, розташованих як на базі санаторіїв і курортних поліклінік, так і на території курорту.

### **1.5 Особливості впровадження медичної реформи в Україні**

Медична реформа була однією з найочікуваніших українськими громадянами, яка має докорінно змінити систему охорони здоров'я. Вона передбачає багато значних перетворень у сфері надання медичних послуг громадянам, що дає підстави розглянути її детальніше.

У грудні 2017 р. Верховна Рада України проголосувала за Закон № 2168–VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2] і в такий спосіб було розпочато реформування фінансової системи медицини. Вже з січня 2018 року Міністерство охорони здоров'я розпочало впровадження змін в охороні здоров'я. А саме першого етапу реформи – нового механізму фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу. Адже сімейні лікарі, терапевти й педіатри є медиками, до яких найперше мають звертатися українці.

У рекордно короткі строки, 30 березня 2018 року, була створена Національна служба здоров'я України – центральний орган виконавчої влади, який реалізує головний принцип медреформи «гроші йдуть за пацієнтом» – оплачує вартість реально наданих медичних послуг. Цей механізм оплати нарешті запрацював в Україні цього року, поступово замінюючи неефективну радянську модель оплати ліжко-місць.

Нацслужба здоров'я вже уклала договори з 623 комунальними, приватними медичними закладами та лікарями-ФОП, які надають первинну медичну допомогу. Відтепер українці можуть вільно обирати лікаря у медзакладі, незалежно від форми власності. Нацслужба здоров'я на однакових умовах оплачує надання гарантованого пакету послуг первинної медичної допомоги усім закладам, які стали партнерами Служби. За чотири місяці ця служба оплатила послуги за єдиним тарифом у цих медичних закладах на 1,6 млрд грн. [100].

За сім місяців майже 20 млн українців підписали декларації про вибір своїх лікарів. А це означає, що майже кожен другий українець вже має лікаря, якому довіряє та до якого може звернутися з будь-якими проблемами зі здоров'ям або дізнатися, як вести здоровий спосіб життя й не хворіти. У будь-який момент можна змінити лікаря, підписавши декларацію з іншим [100].

Підписання декларацій про вибір лікаря та забезпечення оплати Національною службою здоров'я послуги за кожного пацієнта саме у той медичний заклад, де ця послуга надається, стало можливим завдяки електронній системі охорони здоров'я. Це перший крок до переходу на електронний документообіг в українських медзакладах.

Усі комунальні медичні заклади країни, де працюють сімейні лікарі, терапевти й педіатри, з січня 2019 року перейшли на оплату за послуги за контрактами з Нацслужбою здоров'я.

У 2018 році в електронній системі охорони здоров'я медзаклади можуть тільки підписувати декларації про вибір лікаря та заключати договори із Нацслужбою здоров'я. У 2019 році сімейні лікарі, терапевти і педіатри перейшли на електронний документообіг: електронні медична картка пацієнта, рецепти на «Доступні ліки», направлення до вузьких спеціалістів, лікарняні листи. До кінця 2019 року сімейні лікарі працюватимуть без паперу.

Наступний етап після реформи первинної ланки розпочався з другої половини 2019 року – програма «Безкоштовна діагностика». Це 80 % потреби пацієнта з діагностики у сімейного лікаря, терапевта або педіатра, найнеобхідніші безоплатні дослідження й аналізи, консультації вузькопрофільних спеціалістів. За направленням сімейного лікаря, терапевта та педіатра пацієнти можуть проходити такі обстеження як рентген, УЗД, мамографія, ехокардіографія серця та інші безоплатно у будь-якому медзакладі, який уклав договір з Нацслужбою здоров'я. Отже, на нову модель фінансування розпочали переходити поліклініки, які є закладами спеціалізованої амбулаторної допомоги.

Ще одна велике завдання, яке стоїть перед Міністерством охорони здоров'я та Нацслужбою здоров'я – розробка державної програми медичних гарантій на 2020 рік, яка вперше буде ухвалена разом із Державним бюджетом на 2020 рік. Вона включатиме всі рівні надання медичних послуг, які оплачуватиме Нацслужба здоров'я у 2020 році за принципом «гроші йдуть за пацієнтом».

З огляду на зазначене вище, можна виокремити як позитивні, так і негативні риси нововведення. Щодо переваг, то нова реформа передбачає виведення української медицини на новий якісний рівень.

Найбільше переваг помітять самі громадяни. Платити за надання медичних послуг пацієнту не прийдеться, а отже, медичні заклади та лікарі почнуть змагатися за найбільшу кількість клієнтів. Непрофесійні спеціалісти, а також лікарі з поганою репутацією залишаться без роботи. Безумовно, від якісних медичних послуг виграє й сама держава. Здорові працівники не потребують витрат на компенсацію лікарняних. Своєчасно встановлений діагноз попереджує кількість інвалідів та безробітних. Високопрофесійні лікарі зможуть отримати більше визнання та більшу й цілком легальну заробітну плату внаслідок своєї якісної роботи [79].

Не влаштує реформа медицини в Україні тих лікарів, які не впевнені в якості своєї роботи, і тих, хто не може конкурувати. Також деякі переконані, що під час впровадження такої системи утримання маленьких сільських лікарень стане нерентабельним, і велика кількість населення буде позбавлена можливості використання медичного обслуговування. Також реформатори системи стикнуться з колосальною протидією: адміністраторів від медицини; лікарів, що заробляють на реалізації «відсутніх» у лікарів ліків, продажу довідок, лікарняних, посвідчень інвалідів тощо (таких лікарів порівняно мало, однак вони мають реальну владу); продавців певних ліків, керівництва Академії медичних наук, більшості науково-дослідних інститутів, санаторіїв.

Залишається багато питань із практичного боку реалізації реформи. На сьогодні не зрозуміло, чи мають право пацієнти обирати лікарів різних про-

філів самотійно, або сімейний лікар (терапевт) має особисто направляти їх до відповідних фахівців (кардіологів, невропатологів, ЛОР-лікарів тощо) на свій розсуд; чи будуть ці фахівці з цієї ж самої лікарні або з інших медичних закладів; у який спосіб відбуватиметься грошовий обіг між державними та комерційними медичними закладами. Ці питання найчастіше цікавлять як пересічних громадян, так і самих лікарів, які не є терапевтами та не претендують на посаду сімейного лікаря.

Відповіді на ці важливі питання будуть отримані протягом поточного року, а на сьогодні продовжує вдосконалюватися теоретична та нормативно-правова база медичної реформи.

Проаналізувавши Закон [2], можна зазначити, що відтепер медична сфера України базуватиметься на високих стандартах, а це дасть змогу кожній особі повноцінно реалізовувати своє законне право на належне медичне обслуговування. Також в українській медицині почнуть застосовувати міжнародну практику – європейські протоколи лікування. Вони регулюватимуть методи лікування й ліки, які виписує лікар.

## **1.6 Характеристика стану здоров'я населення України**

У системі найдорожчих людських цінностей особливе місце посідає здоров'я. Як для кожної окремої людини, так і для нації, суспільства загалом важко знайти іншу цінність, якій би здоров'я поступалося за своєю роллю та впливом на всі інші аспекти життєдіяльності. Адже саме здоров'я є одним з найголовніших чинників, які впливають на розвиток людства.

Саме тому, для того, щоб оцінити здоров'я населення України проведемо аналіз динаміки та структури захворюваності населення, а також визначимо регіони України, що потребують особливої уваги щодо ситуації захворюваності населення.

Протягом останніх 25 років в Україні смертність із року в рік перевищує народжуваність. Згідно з даними Державної статистики, протягом останніх років кількість населення України постійно знижується: з січня 1991 р. по січень 2017 р. українців стало менше на 9,4 млн осіб. Якщо в 1991 році в державі проживало майже 52 млн осіб, то на початок 2017-го – близько 42,5 млн (рис. 1.4).

Як свідчить рисунок 1.5, найбільш від'ємна різниця спостерігалась у 2006 р. (смертність перевищила народжуваність на 298 тис. осіб); 2007 р. (смертність перевищила народжуваність на 290 тис. осіб).

Найменший показник різниці спостерігався у 2011 р. (смертність перевищила народжуваність на 162 тис. осіб), у 2012 р. (смертність перевищила народжуваність на 143 тис. осіб), у 2013 р. – смертність перевищила народжуваність на 159 тис. осіб [89].

Аналіз тенденцій захворюваності серед населення країни є однією із важливих складників стратегічного планування медичної галузі й ринку санаторно-курортних послуг, а тому для кращого розуміння проблем демографіч-

ної ситуації доцільно буде розглянути динаміку захворюваності населення за 2012–2016 рр. (рис. 1.6.).

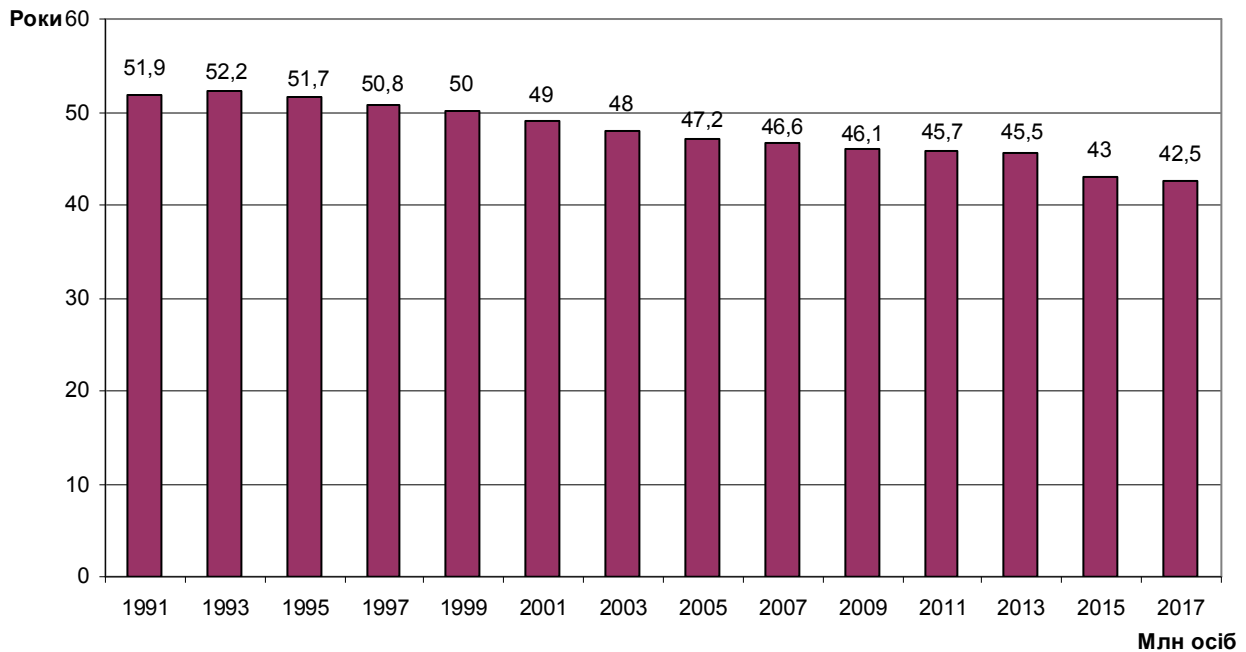


Рисунок 1.4 – Динаміка чисельності населення України

На рисунку 1.5. наведена динаміка показників померлих та народжених в Україні.

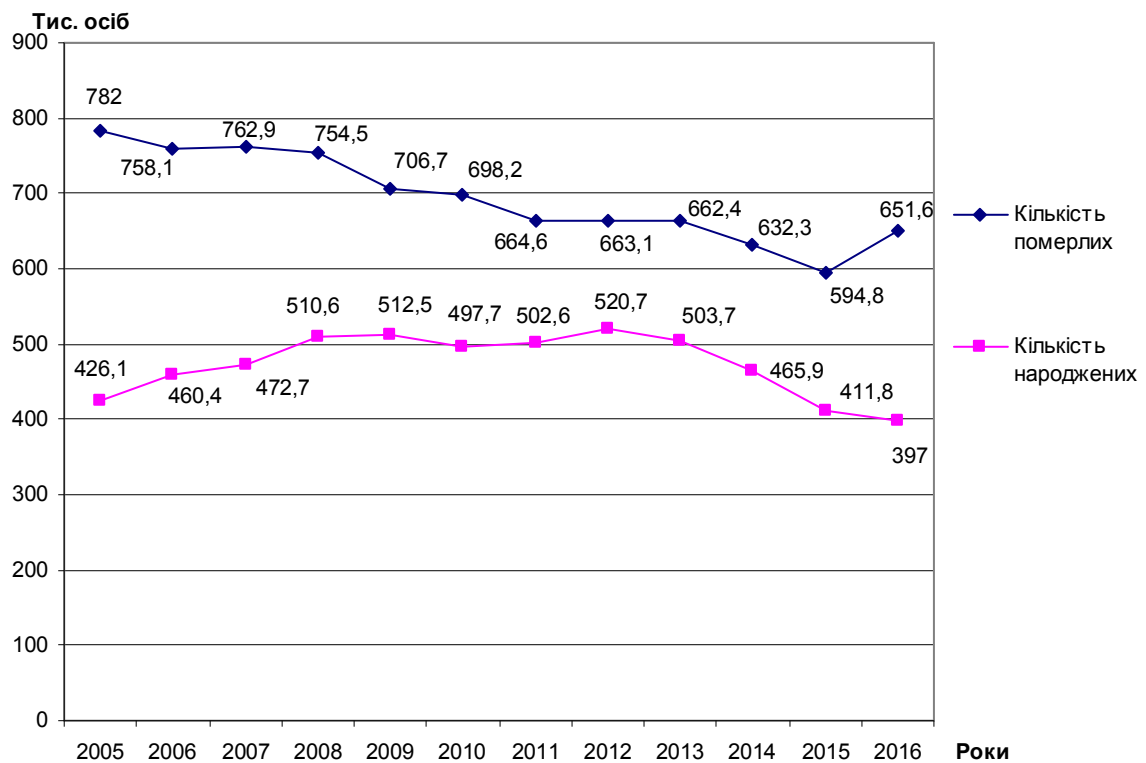


Рисунок 1.5 – Динаміка кількості померлих та народжених в Україні

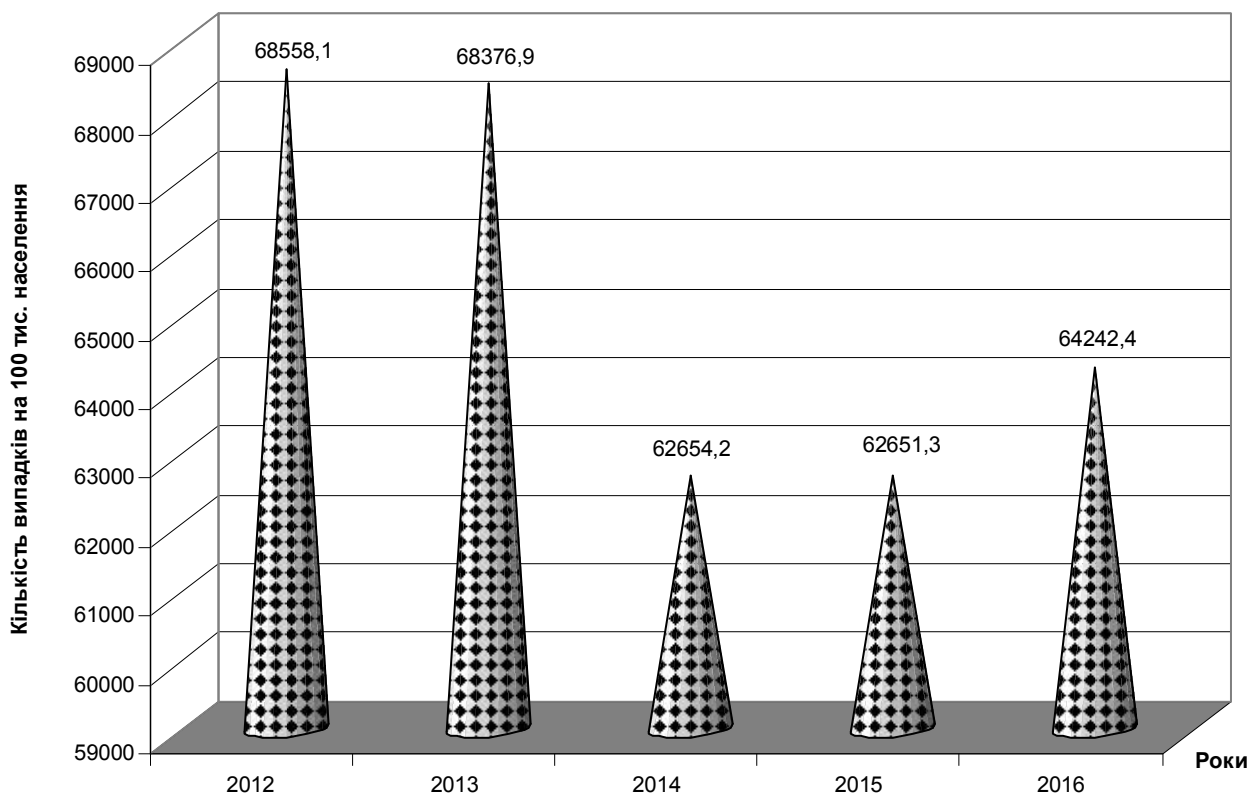


Рисунок 1.6 – Динаміка показників захворюваності населення України за період 2012 – 2016 рр.

Протягом останніх п'яти років (2012–2016 рр.) показник захворюваності населення України впродовж 2012–2014 рр. мав тенденцію до зниження; після чого в 2015–2016 рр. спостерігається тенденція до його зростання відносно 2014 р., а саме захворюваність населення у 2016 р. зросла відносно 2014 р. на 2,5 %.

Варто зазначити, що значні позитивні тенденції загальних показників захворюваності серед усього населення України у 2014–2016 рр. відносно попередніх років пояснюються використанням в офіційних статистичних розрахунках неповних даних АР Крим, Луганської та Донецької областей, на території яких триває антитерористична операція.

Якщо розглядати структуру захворюваності населення України в 2016 р., можемо сказати, що переважають хвороби органів дихання, вони займають 45,98 %; наступні в рейтингу хвороби системи кровообігу – 6,67 %; далі – хвороби сечостатевої системи – 6,44 %; травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників – 6,23 %; хвороби шкіри та підшкірної клітковини – 5,72 %; останнє місце займають хвороби ока – 5,01 % [115] (рис. 1.7).

Зниження показників захворюваності у 2014–2015 рр. не свідчить про поліпшення стану здоров'я населення в державі. Такі значні «позитивні тенденції» за окремими класами захворювань здебільшого пояснюються складними демографічними процесами, що відбуваються в країні, погіршенням со-

ціально-економічного становища населення і, як наслідок, недбалим ставленням до власного здоров'я, а також не завжди ефективною роботою закладів охорони здоров'я та неналежним проведенням запланованих профілактичних заходів. Зниження показників захворюваності також пояснюється зниженням випадків звернення населення за медичною допомогою.

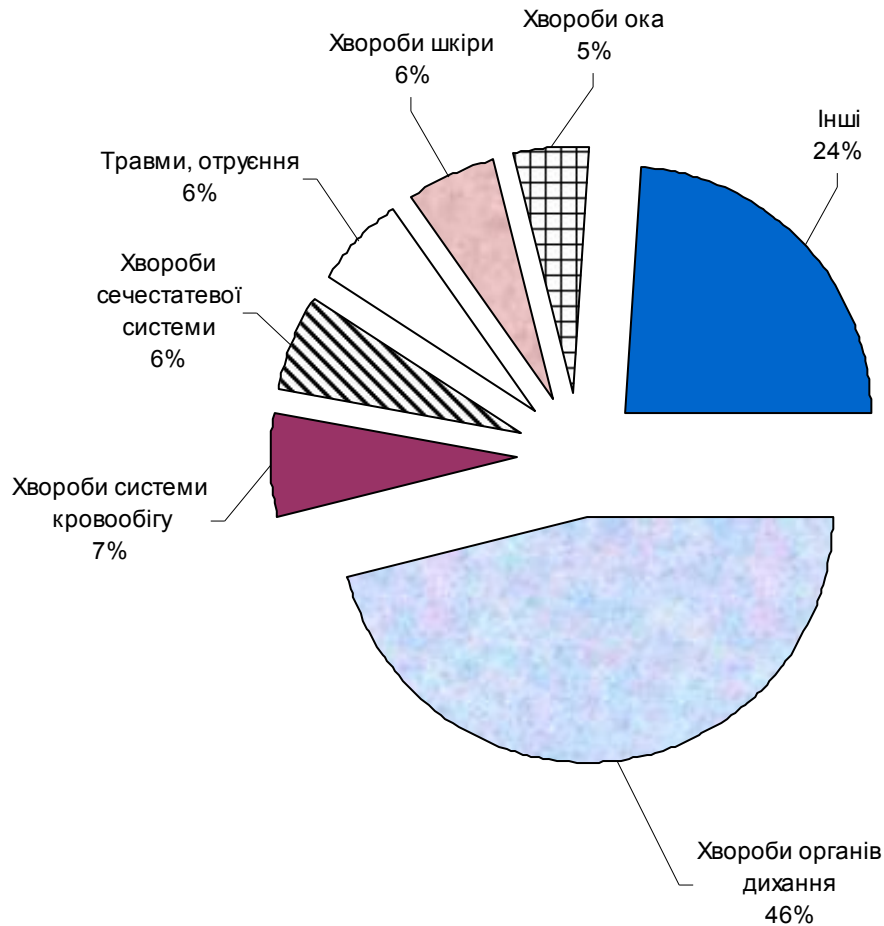


Рисунок 1.7 – Структура захворюваності населення України за класами хвороб у 2016 р.

Головними факторами ризику, що створює передумови високого рівня захворюваності та смертності, є такі: паління, вживання алкоголю, зайва вага, шкідливі звички, малорухливість, фізичне та психічне навантаження, несприятливі умови праці, незадовільний стан об'єктів довкілля. Зазначені вище показники не дають цілісну картину існуючої ситуації щодо реальної захворюваності населення у зв'язку з відсутністю належного обліку та несвоєчасністю звернення населення до медичних закладів.

Серед негативних тенденцій захворюваності та смертності є те, що в Україні останніми роками значно зросла кількість померлих від хвороб системи кровообігу: у 2016 р. їхня кількість становила 436,4 тис. осіб, а частка у загальній кількості померлих – 52,1 % проти 6,8 % у 1991 р. Це більше, ніж від сукупної кількості випадків смерті від всіх видів раку, туберкульозу, СНІДу. В обох роках структуру смертності населення традиційно формують ендогенні (хвороби системи кровообігу, новоутворення та інші) та екзогенні

(зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби) причини смерті [89].

У сучасній структурі смертності 72,1 % випадків смертей українців зумовлені двома причинами: хворобами системи кровообігу та новоутвореннями. Ці хвороби, зазвичай, вимагають дороговартісного та довготривалого лікування, що призводить до додаткового зростання вартості медичних послуг і роблять їх недоступними для переважної більшості громадян України.

Отже, Україні притаманні характерні такі негативні тенденції: високий рівень смертності, низький рівень народжуваності, інтенсивний процес старіння населення, низький рівень доходів і поширення бідності серед населення, низький рівень економічної доступності якісних медичних послуг, насамперед, низький рівень не лише економічної, а й фізичної доступності медичних послуг у сільській місцевості, відсутність достатньої кількості кваліфікованого медичного персоналу, високі показники забруднення атмосферного повітря, незадовільна якість питної води.

Для успішного подолання соціально-економічної кризи демографічна політика повинна спрямовуватися на таке: зниження рівня смертності за допомогою реформування системи охорони здоров'я, а саме запровадження страхової медицини; підвищення матеріального добробуту людей; підвищення рівня життя багатодітних сімей, а також забезпечення рівня доступності санаторно-курортних послуг для населення.

### **1.7 Місце санаторно-курортного комплексу в сфері надання послуг населенню України та економічній системі регіону**

У період комплексних ринкових змін санаторно-курортна сфера знаходиться на стадії відновлення та формування різних внутрішньогалузевих, міжгалузевих, міжрегіональних зовнішньоекономічних зв'язків. Оскільки санаторно-курортна справа в Україні традиційно є складовою частиною державної політики й важливою компонентою системи національної охорони здоров'я, розробка механізмів та технологій управління в сучасних умовах, активізація ресурсної бази санаторно-курортного комплексу (далі – СКК) на державному та регіональному рівнях є найважливішими завданнями, які вимагають формування інноваційних підходів, а також розробки конкретних практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності функціонування комплексу та забезпечення його динамічного розвитку.

Стан і конкретні характеристики ресурсного потенціалу СКК безпосередньо залежать від місцевого соціуму, рівня розвитку та ступеня впливу інших галузей економіки країни, розміщених на певній території, наявності та розвиненості інфраструктури (обслуговуючих підприємств) тощо. Стимулювання формування, регулювання та ефективне використання ресурсів СКК в певному регіоні на основі вмілого використання різних можливостей території, значною мірою сприятиме активізації умов і механізмів здійснення ринкових перетворень курортно-рекреаційного господарства.



В умовах ринкових перетворень важливо визначити місце й функціональну роль СКК і його ресурсної бази, використання якої є однією з передумов ефективної реалізації здійснюваних перетворень.

Багато дослідників у своїх роботах розглядали санаторно-курортний комплекс із точки зору тих чи інших аспектів його функціонування. Зазвичай СКК виступає в ролі складника будь-якого великого територіального утворення, але не як самостійний об'єкт вивчення.

Своєрідність санаторно-курортних послуг, пов'язане з їх віднесенням до сервісної сфери, характеризується загальними для цієї сфери особливостями та виокремлюють її з матеріального виробництва, а саме: невідчутність, мінливість якості, невіддільність від джерела виробництва, неможливість зберігання. Водночас, санаторно-курортні послуги мають і свої специфічні риси, обумовлені історичним розвитком курортної системи України.

**Санаторно-курортні послуги** – це послуги, що надаються підприємствами розміщення, розташованими в курортних місцевостях, рекреантам з метою задоволення їхніх потреб у санаторному лікуванні та курортному відпочинку. У цьому контексті вони становлять частину рекреаційних послуг (рис. 1.8).

Під **рекреаційною послугою**, зі свого боку, ми розуміємо вигідну, тобто що проводиться за плату, корисну дію, що виконується специфічним чином організованим підприємством, спрямовану на задоволення потреб людини у відновленні втрачених сил шляхом короточасної зміни місця свого проживання або на місці з метою лікування, відпочинку, розваг, отримання нових вражень і пізнавальною метою. Зі свого боку сфера рекреаційних послуг є підсистемою більшого структурного утворення – **сфери відпочинку** (дозвілля), до складу якої входять послуги установ культури, спортивних, видовищних та розважальних підприємств, які, безсумнівно, мають рекреаційне значення, однак мають значну галузеву специфіку.

Таке розуміння змісту рекреаційних послуг обумовлює можливість віднесення їх до сфери туризму. Правомірність такого об'єднання підтверджується прийнятою в усьому світі термінологією, згідно з якою під **туризмом** розуміється «діяльність особи, що подорожує в місце, що розташоване поза її звичайного середовища на термін, що не перевищує певний період часу, і головною метою подорожі якого не є заняття діяльністю, оплачуваною з джерела у відвідуваному місці» [64, с. 17].

У таблиці 1.1 наведені головні відмінності між санаторно-курортним комплексом і сферою туризму.

У зв'язку з історично сформованою відокремленістю санаторно-курортного лікування весь рекреаційний комплекс розділений на дві незалежні за організацією, управлінням, фінансуванням та обліком групи: лікувально-оздоровчі установи (санаторії, пансіонати, курортні поліклініки) і екскурсійно-туристські установи (турбази, турготель, бюро подорожей і екскурсій тощо). При цьому лікувально-оздоровчі установи керувалися вимогами МОЗ і будували свою роботу за аналогією до медичних установ, а всі інші – аналогічно до готелів із більшим чи меншим набором основних і додаткових послуг.

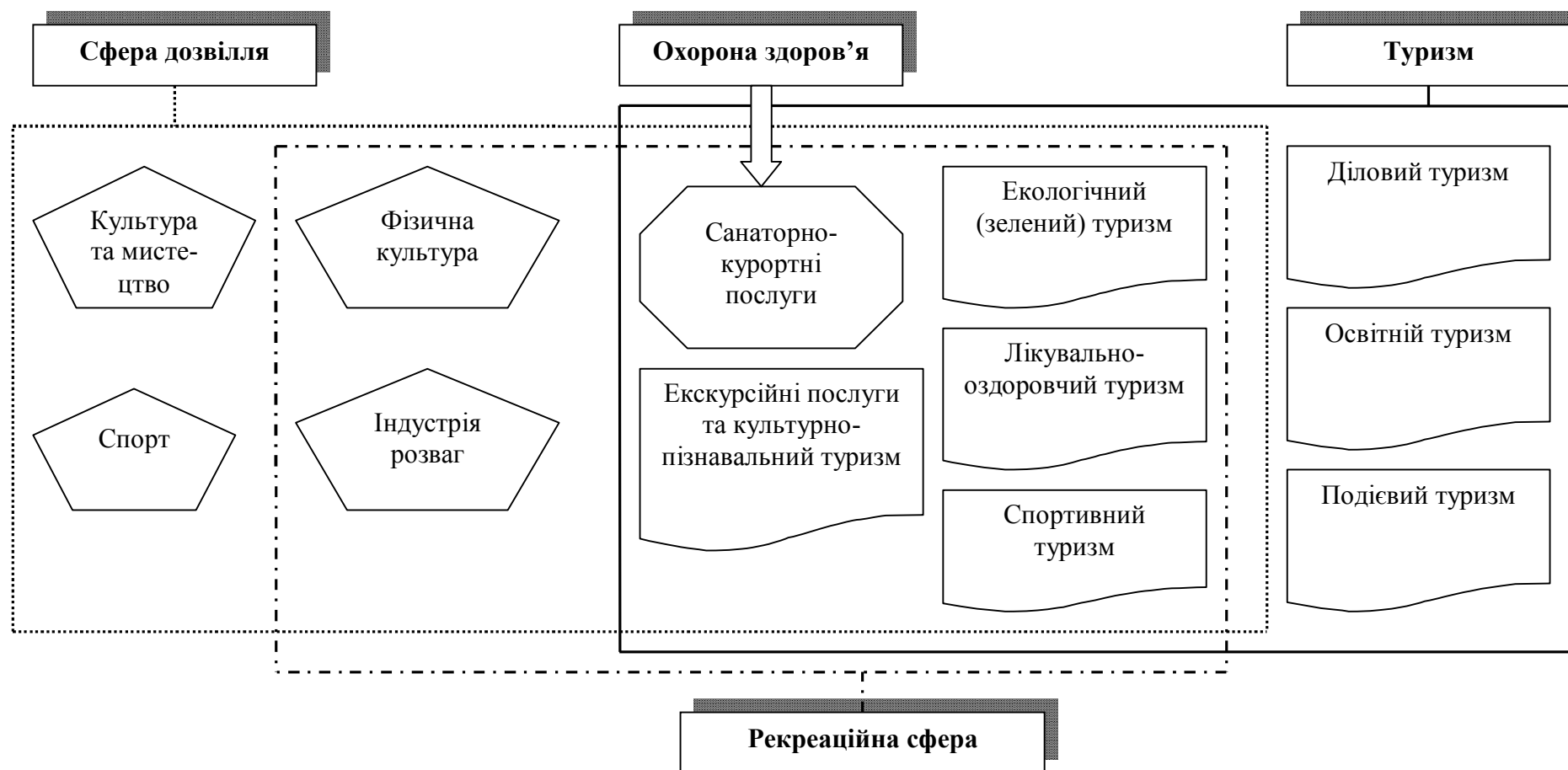


Рисунок 1.8 – Місце санаторно-курортних послуг у сфері послуг\*  
(складено автором на основі [64, с. 19])

Таблиця 1.1 – Головні відмінності між санаторно-курортним комплексом і туризмом

Головні критерії	Санаторно-курортний комплекс	Туризм
1	2	3
Визначення понять	Санаторно-курортний комплекс охоплює санаторно-курортні заклади – заклади охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам лікувальних, профілактичних та реабілітаційних послуг із використанням природних лікувальних ресурсів, із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування [16]	Туризм – тимчасовий виїзд у місця, що перебувають за межами постійного перебування людей, упродовж періоду, який не перевищує одного року поспіль, із метою дозвілля та відпочинку, лікування, спорту й оздоровлення, відвідування знайомих та родичів без здійснення будь-якої оплачуваної діяльності
Спосіб надання послуг	Підприємства санаторно-курортного комплексу надають відпочиваючому весь комплекс послуг, що передбачений путівкою, своїми силами та засобами, а також здійснюють поряд із основною діяльністю низку допоміжних, обслуговуючих та супутніх видів діяльності	Турфірма надає туристам гарантії (права) отримання послуг у певний момент часу в певному місці, а послуги надають інші організації, які мають договірні взаємини з турфірмою
Витрати на створення послуги	Підприємства санаторно-курортного комплексу здійснюють усі витрати на розміщення рекреантів, їхнє харчування, оздоровлення, профілактику захворювань та організацію відпочинку, культурно-масових і спортивно-оздоровчих заходів. Окрім того, можуть бути витрати на забезпечення побутового обслуговування населення, створення послуг допоміжних виробництв	Турфірма несе транзитні витрати щодо створення турпакету, тобто перераховує собівартість путівки у складі її вартості організаціям, які мають договірні взаємини з турфірмою. Прямими витратами турфірми є витрати поточної діяльності (виплата заробітної плати персоналу, комунальні платежі, сплата за оренду офіса, рекламна діяльність тощо)

Продовження таблиці 1.1

1	2	3
Реалізація путівки	Санаторно-курортні путівки реалізують зазвичай за фіксованими цінами заздалегідь, до початку заїздів, а послуги відпочиваючому надають безпосередньо при його заїзді	Туристську путівку реалізують у момент передачі її конкретному покупцеві-туристу
Момент визнання виручки від реалізації	Виручку визначають в останній відпрацьований ліжко-день звітного періоду	Виручка визначається у момент продажу путівки

Необхідно відзначити, що віднесення санаторно-курортного комплексу до медичної сфери приймається багатьма фахівцями й на сьогодні, з огляду на головне призначення санаторно-курортних організацій – надання лікувальних та оздоровчих послуг населенню.

Медичні аспекти курортної справи (методи санаторного лікування), засновані на застосуванні природних лікувальних та інших факторів, визначення показань і протипоказань до направлення хворих на ті чи інші курорти, вивчаються Інститутами курортології або Центрами медичної реабілітації та фізіотерапії, які потім їх рекомендують до застосування в оздоровницях.

Упровадження в практику медичних технологій і методів вимагає сертифікації та ліцензування, а також контролю за дотриманням якісних параметрів лікування, і цими функціями займаються відділи й комітети по ліцензуванню.

Існує також безліч інших спільних точок взаємодії санаторно-курортного комплексу зі сферою охорони здоров'я, які не розглядатимуться нами, оскільки щодо цього питання в сучасній літературі досить багато робіт.

У системі СКК можна виокремити чотири основоположні дії, які створюють єдиний і безперервний процес, або чотири підсистеми, оскільки кожен складник процесу надання санаторно-курортних послуг вимагає своїх форм, способів, матеріального забезпечення: виробництво, розподіл, обмін і споживання (рис. 1.9) [50].

По-перше, це **виробництво** санаторно-курортних послуг: потреби у відновленні здоров'я формують інтереси рекреантів, які з погляду ринкових відносин лежать в основі споживчого попиту на санаторно-курортний продукт. Виробництво таких послуг генерує санаторно-курортний комплекс. Якісні та кількісні параметри виробництва, зі свого боку, формують пропозицію санаторно-курортних послуг.

По-друге, це **розподіл**, який для санаторно-курортного продукту виступає найчастіше у вигляді формування пакету послуг. Мається на увазі комплексність послуги, яка не існує окремо та поза її зв'язком з іншими, зв'язаними послугами.

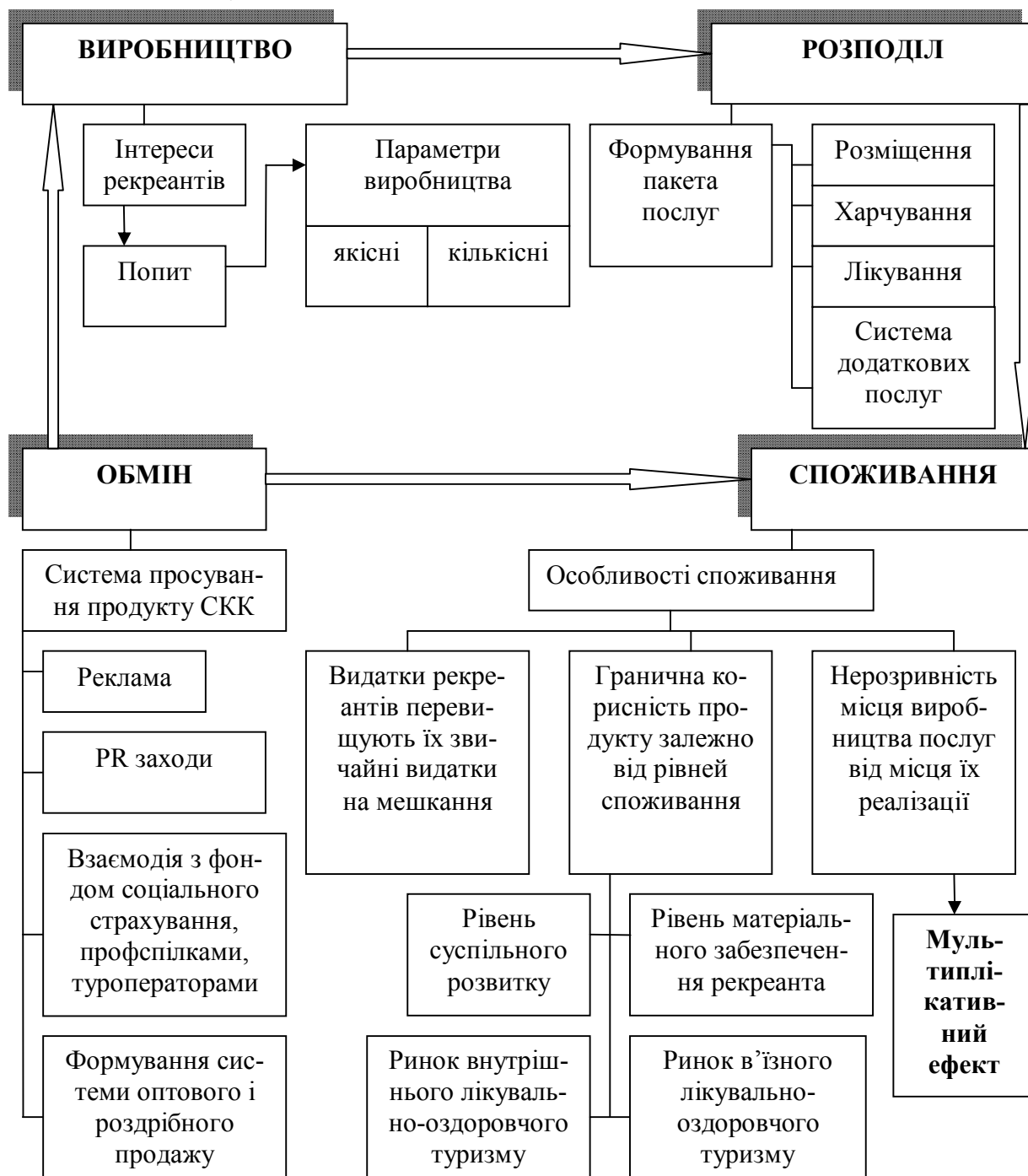


Рисунок 1.9 – Механізм взаємозв'язку фаз відтворення санаторно-курортного продукту

Тому ми маємо справу з пакетом послуг, процес формування та подальша реалізація якого на ринку є складними та специфічними сферами діяльності, що змінюються з розвитком СКК в інноваційному режимі.

По-третє, це **фаза обміну (реалізації)** санаторно-курортного продукту, тобто просування на споживчий ринок з урахуванням його кон'юнктури, сегментації та інших параметрів.

І, нарешті, це **споживання** санаторно-курортного продукту, яке є завершальною ланкою економічної системи рекреації та має свою специфіку через особливості його споживання.

**Перша особливість** санаторно-курортного споживання полягає в тому, що витрати рекреанта, зазвичай, кількісно перевищують звичайні витрати його мешкання в постійному місці проживання. Це обумовлюється з підвищеними витратами на транспорт, житло, харчування, а також на культурні й ділові заходи. Частина підвищених витрат пов'язана з фактором престижності споживання. Ця особливість істотно загострює проблему доходів і витрат у сфері рекреації. У зв'язку з цим облік витрат і дохідності в СКК потребує особливої уваги, відповідних знань і практичних навичок ведення інформаційної бази даних.

**Друга особливість** споживання полягає в тому, що гранична корисність продукту з погляду самого клієнта, норм, прийнятих у країні (регіоні) його постійного мешкання, і в країні (регіоні), у яку він прибув, мають різні виміри та цінності. Граничні корисності у всіх цих суб'єктів різні та якісно, і кількісно.

Розрізняються рівні корисності санаторно-курортних послуг із погляду суспільства, рекреанта й ринку при внутрішньому та в'їзному лікувально-оздоровчому туризмі. Ця особливість санаторно-курортного споживання витікає з того об'єктивного факту, що ринок цих послуг стикається з так званими зовнішніми ефектами, типова особливість яких полягає в тому, що виробництво, формування, реалізація та споживання санаторно-курортних послуг об'єктивно породжують і додаткові витрати, і додаткові вигоди.

**Третя особливість** споживання обумовлюється з властивістю невіддільності місця виробництва послуг від їх реалізації. У звичайному матеріальному виробництві його результат (товар) рухається від місця виробництва до місця споживання. У СКК ситуація інша: для споживання продукту загалом або окремих послуг споживач має бути доставлений у місце виробництва послуг. Ця особливість споживання, зі свого боку, викликає похідний мультиплікативний ефект: комбінування для рекреанта транспортних послуг, житла, харчування, системи гостинності загалом, створення необхідних умов для лікування, розваг, освіти, задоволення потреби в нових враженнях, а також наявність екологічно здорового середовища, умов безпеки тощо.

Споживчий характер послуг СКК в економічному сенсі породжує проблему формування й аналізу видатків нарівні діяльності установ і в економічному просторі регіону загалом, що відображено на рисунку 1.10.

Видатки системи СКК можна розглядати з двох позицій: витрати рекреантів (вартість путівки та додаткових послуг, які не входять в її вартість) і витрати підприємств СКК, пов'язані з експлуатацією та розвитком.

Включення витрат рекреантів в економічний потенціал курортних регіонів, а також обіг даних витрат в економіці регіону викликає **мультиплікативний ефект**. Поняття мультиплікатора базується на визнанні того факту, що сектори економіки взаємозв'язані. Так, продаж товару для однієї фірми вимагає різного роду закупівель у фірм інших секторів економіки, до того ж не тільки первинних товарів, таких як сировина, робоча сила тощо, але й вторинних товарів і послуг, які виробляються іншими підприємствами (можливо інших регіонів). Тому зміна на рівні споживчого попиту на продукцію одного сектора впливатиме не тільки на виробника кінцевого товару (послуги), а й на інші сектори, які поставляють товари (послуги) цьому виробникові, і на ті сектори, що виступають як постачальники в ці сектори [49].

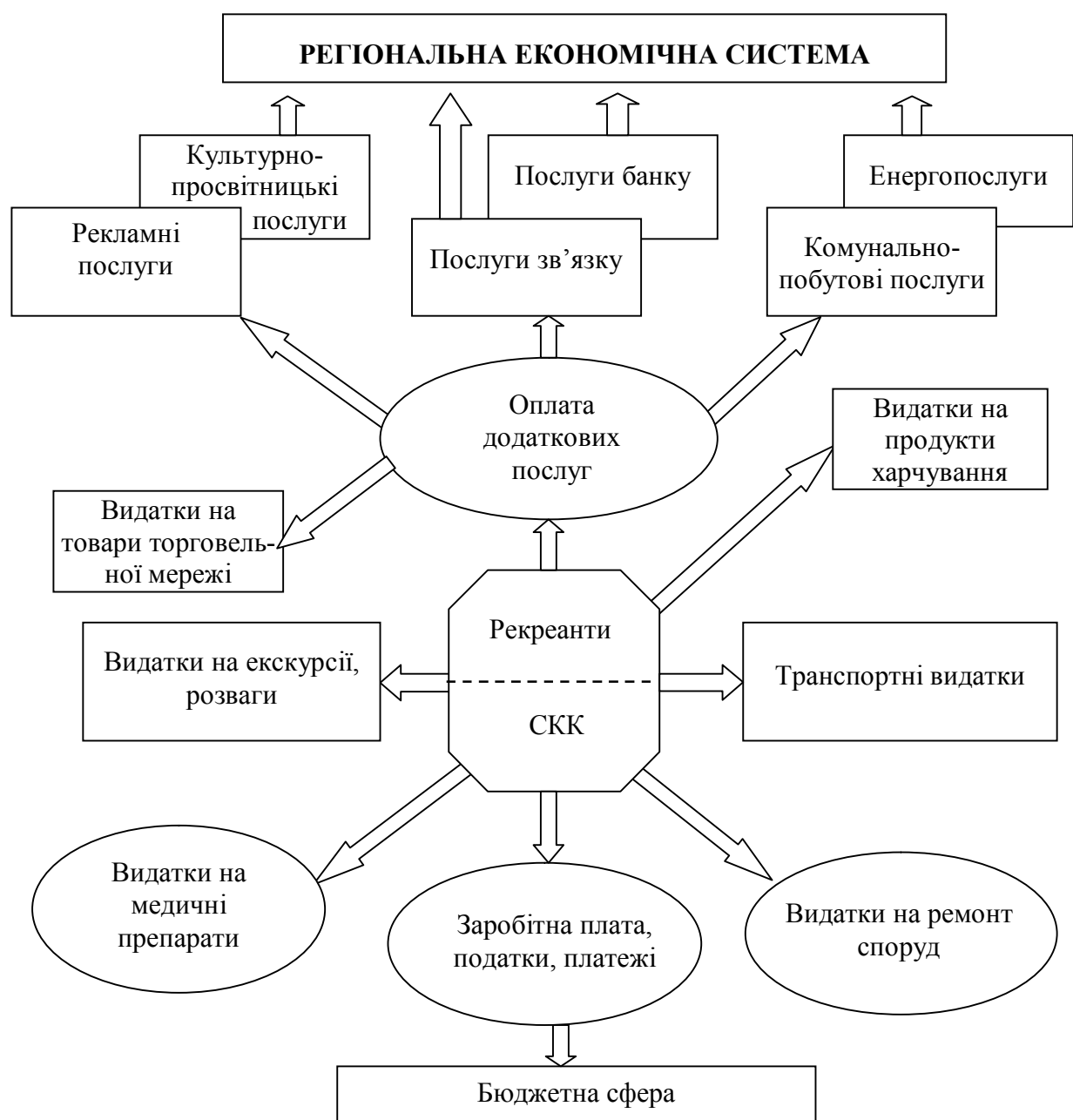


Рисунок 1.10 – Видатки системи СКК в економічній системі регіону

Витрати рекреантів – прямі й додаткові – підвищують частку СКК в загальному економічному обороті регіону, покращують матеріальне забезпечення їхніх працівників і населення, активізують весь економічний процес.

Завдання регіональної системи в цьому процесі полягають у такому:

– утримувати якомога більшу частину доходів рекреантів на своїй території, що досягається власним виробництвом товарів і послуг, які за-  
трабуються рекреантами;

– використовувати отримані кошти з високим коефіцієнтом корисної дії (далі – ККД), тобто ефективно залучати їх в оборот. Чим більша частка доходу витрачена в курортному регіоні й чим вищий ККД витрат, тим більший ефект мультиплікатора й ефект діяльності системи управління регіоном.

Крім мультиплікатора доходів, можна також виокремити мультиплікатори обсягу випуску продукції, зайнятості й прибуткових статей бюджету, кожен із яких нарощує свій структурний блок потенціалу.

Теоретично ефект мультиплікатора в СКК очевидний, проте на практиці виникають ускладнення з його обліком: немає методичних розробок і необхідної інформації.

## **1.8 Реабілітаційний потенціал та система реабілітації на курорті**

**Реабілітація** – це комплекс скоординовано проведених заходів медичного, фізичного, психологічного, педагогічного, соціального характеру, спрямованих на відновлення здоров'я, психофізичного стану та працездатності осіб, які втратили ці здібності внаслідок захворювання. У межах відновної медицини розглядається тільки медична складова реабілітації.

Для виконання зазначених вище завдань реабілітації, що вирішуються на санаторно-курортному етапі, використовують такий *реабілітаційний потенціал*:

- 1) кліматичні чинники (повітря, сонце, вода), теплові й холодкові фактори впливу;
- 2) бальнеопроцедури;
- 3) гідропроцедури;
- 4) пасивна кінезітерапія (масаж, мануальна терапія), рефлексотерапія;
- 5) активна кінезітерапія (рухова активність, лікувальна фізкультура), трудотерапія;
- 6) адекватне харчування;
- 7) електротерапія;
- 8) медикаментозне лікування, зокрема кинезотерапія, гомеопатичні засоби.



### ***Система реабілітації в умовах сучасного курорту***

Головне завдання сучасного курорту – це оздоровлення, відновлення здоров'я, реабілітація клієнтів. Курортна реабілітація складається з таких етапів:

**1.** Первинне обстеження для виявлення рівня здоров'я та психофізичного статусу;

Завдання цього обстеження:

- виявлення протипоказань лікування та оздоровлення;
- визначення за допомогою психологічної діагностики особистості тих опорних потреб, на основі яких у подальшому формуватиметься мотивація та установка на оздоровлення;
- вироблення фіксованої установки на оздоровлення.

Це необхідно для того, щоб у відпочиваючого виробився енергетичний потенціал, за рахунок якого він виконає тривалу та важку роботу з оздоровлення.

Позитивний результат може бути у разі сильної мотивації.

**2.** Етап системного оздоровлення. Він реалізується шляхом використання комплексу курортно-рекреаційних факторів.

**3.** Контроль якості й ефективності реабілітації та оздоровлення.

Для цього контролю доцільно використовувати автоматизовані діагностичні системи, які дають змогу оцінити так зване «прирошення здоров'я». Отже, цикл курортної реабілітації виглядає у такий спосіб (рис. 1.11).

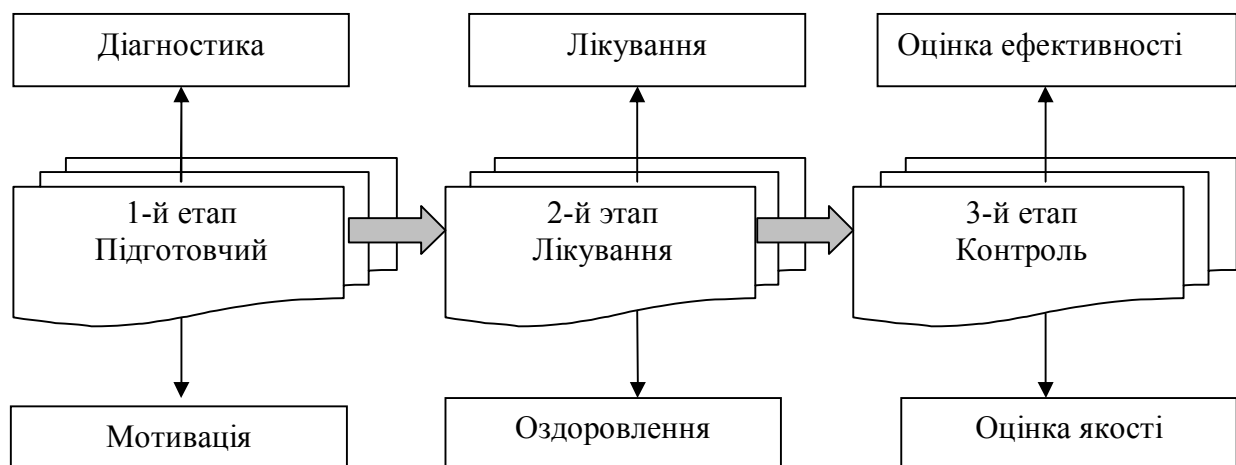


Рисунок 1.11 – Структура циклу санаторно-курортної реабілітації

У процесі оздоровлення та реабілітації у рекреантів формується так званий біосоціальний потенціал, який характеризується наступними основними властивостями:

- 1) кумулятивність;
- 2) превентивність;
- 3) пролонгованість;
- 4) латентність.

*Кумулятивність* характеризує активацію енергетичних процесів в організмі людини. В організмі накопичуються позитивні біохімічні зрушення, які активізують процес життєдіяльності.

*Превентивність* – цей термін означає попередження, запобігання, тобто профілактику. У процесі оздоровлення активізується імунітет людини й підвищується стійкість організму до дії різних несприятливих чинників навколишнього середовища.

*Пролонгованість* – позначає, що всі ті зміни, які відбулися в організмі людини, збережуться протягом певного періоду часу. Зазвичай, цей період становить приблизно півроку.

*Латентність* – позначає наявність певного прихованого періоду, протягом якого не проявляються негативні або позитивні зрушення. Після отримання рекреаційної програми людина не завжди відчуває себе добре. Це пов'язано з багатьма факторами: зміна часового поясу, переїзди, акліматизація, комплексне лікування, що викликає спочатку загострення тощо.

Різноманіття програм реабілітаційних заходів дає змогу підібрати найбільш ефективний і адекватний комплекс реабілітаційних засобів.

### **Питання для самоконтролю**

1. Наведіть визначення поняття «індустрія здоров'я» та охарактеризуйте її структуру.
2. У чому полягає інтеграційний підхід до розвитку індустрії здоров'я?
3. Охарактеризуйте напрями та зв'язки учасників санаторно-курортної діяльності як складника індустрії здоров'я.
4. Які функції виконує індустрія здоров'я?
5. Наведіть визначення поняття «інфраструктура індустрія здоров'я».
6. Охарактеризуйте складники інфраструктури індустрії здоров'я та їхній взаємозв'язок.
7. Визначте сучасні тенденції у розвитку інфраструктури індустрії здоров'я України.
8. Охарактеризуйте сучасний стан кадрового забезпечення індустрії здоров'я та визначте заходи щодо її поліпшення.
9. Наведіть головні завдання Міністерства охорони здоров'я України. У якому нормативному документі фіксуються ці завдання?
10. Охарактеризуйте профілактику як напрям діяльності системи охорони здоров'я та її структуру.
11. Які заклади здійснюють профілактику здоров'я населення України?
12. Охарактеризуйте лікування як напрям діяльності системи охорони здоров'я та її структуру.
13. Які заклади здійснюють лікування населення України?
14. Охарактеризуйте етапи лікування та оздоровлення населення.

15. Який етап лікування та оздоровлення здійснюється в умовах установ санаторно-курортної сфери?

16. Охарактеризуйте проблеми та перспективи впровадження медичної реформи в Україні. З якою метою вона здійснюється?

17. Проаналізуйте тенденції захворюваності серед населення України та її структуру. Визначте фактори ризику, що створюють передумови високого рівня захворюваності та смертності.

18. Наведіть визначення понять «санаторно-курортні послуги» та «рекреаційні послуги».

19. Визначте інтеграційні зв'язки між сферою туризму, медичною сферою та санаторно-курортним комплексом.

20. Охарактеризуйте механізм взаємозв'язку фаз відтворення санаторно-курортного продукту.

21. Наведіть особливості фази споживання санаторно-курортного продукту.

22. Охарактеризуйте видатки системи СКК в економічній системі регіону.

23. У чому полягає сутність мультиплікативного ефекту від діяльності санаторно-курортного комплексу?

24. Наведіть визначення поняття «реабілітація».

25. Визначте етапи реабілітації в умовах сучасного курорту та охарактеризуйте їх.

## ТЕМА 2 ОРГАНІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ. ФОРМИ КУРОРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

### 2.1 Управління курортами на різних рівнях

Термін «управління» у буквальному розумінні означає діяльність із керівництва чимось [92]. У довідковій літературі є кілька визначень сутності управління. Зазвичай його розуміють як діяльність, що спрямовує та регулює суспільні відносини [82]; сукупність приладів і механізмів, за допомогою яких приводять у рух машини [46]; підрозділ у системі установи [111]; вид синтаксичної залежності [61] тощо.

У розрізі організації (підприємства) під *управлінням* розуміють реалізацію відповідних функцій (планування, організації, мотивації, контролю, координації) із метою досягнення цілей організації.

У теорії управління розрізняють суб'єкт управління, об'єкт управління, ресурси, навколишнє середовище, процеси та технології управління.

Об'єктом управління в цьому разі виступає вітчизняний санаторно-курортний комплекс.

З позиції Загального класифікатора «Галузі народного господарства України» [65] санаторно-курортні заклади є частиною (підгалуззю) галузі 91500 – Охорона здоров'я і як самостійна галузь не розглядаються.

Докладніше міжгалузеві зв'язки санаторно-курортного комплексу було розглянуто у попередній темі.

Як відомо, під галуззю господарського комплексу розуміється сукупність підприємств, що характеризуються такими класифікаційними ознаками:

- досягнутою кількістю самостійних в економічному відношенні підприємств з однорідним видом діяльності, виробництва;
- специфічним характером праці та організації технології виробництва;
- стійкими економічними зв'язками з іншими галузями господарського комплексу України.

Зростаюча економічна значущість курортної справи, та роль, яку вона відіграє в розвитку суспільного виробництва в процесі переходу України до ринку, дає змогу стверджувати, що до теперішнього часу курортна справа, сформувалася як цілком самостійна галузь, що характеризується всіма головними галузевими ознаками:

- сукупністю організацій, підприємств і установ, які пропонують певні соціальні послуги, спрямовані на оздоровлення населення та забезпечення раціональної організації вільного часу й відпочинку та сприяють всебічному розвитку особистості;
- використанням специфічних природно-антропогенних ресурсів, що є об'єктами курортної діяльності;
- наявністю техніки, технології та організації роботи;

- певною матеріально-технічною базою;
- специфічними умовами праці, певною системою показників обліку та звітності;
- наявністю організаційної структури управління.

Розвиток курортної справи приносить чималий безпосередній і опосередкований (за рахунок суміжних галузей) економічний ефект. Спеціальні дослідження показують, що опосередкований вплив курортно-туристичної індустрії на економіку майже дорівнює безпосереднім результатам господарської діяльності в цій сфері [49]. Курортна справа забезпечує генерацію нових робочих місць і зайнятості, здатне залучати значні капітальні вкладення та їхній порівняно швидкий термін окупності. Сутність створення економічного ефекту від функціонування санаторно-курортного комплексу (ефекту мультиплікатора) було розглянуто в темі 1, п. 1.7.

Крім чисто економічних, курортна справа несе й значні соціальні та культурні вигоди, які часто мають більший ефект. Йдеться про вплив курортної справи на оздоровлення населення, зростання його культурної та загальної освіченості, взаєморозуміння між людьми тощо.

Однак, крім переваг, у разі неправильного управління розвиток курортів може приносити й значну шкоду. Насамперед, погіршення стану навколишнього середовища у разі посилення туристських потоків, низка соціальних витрат для місцевого населення курортних регіонів, що виражається в зниженні якості та рівня життя; сезонність санаторно-курортного комплексу, що призводить до нерівномірного завантаження номерного фонду, коливань зайнятості тощо. Крім чисто економічного, можливі й інші негативні прояви розвитку курортів. Так, за умов неправильного розвитку, санаторно-курортна сфера може спричинити надмірну урбанізацію, витіснення традиційних видів діяльності, перенаселеність, зубожіння місцевих ремесел, нехтування місцевими звичаями, комерціалізацію людських відносин, що призводитиме до конфліктів із місцевим населенням тощо. Це визначає важливість і необхідність державного регулювання курортної діяльності. Такими суб'єктами управління виступають різні структури, які можна розподілити за трьома рівнями (рис. 2.1, 2.2).

**Вищий рівень** – державні органи управління СКК. До цих органів належать структури, що входять до складу Законодавчої та Виконавчої влади.

Законодавча влада – Верховна Рада України, має підкомітети з питань курортів у складі різних комітетів, що займаються питаннями законотворчості в цій сфері. Виконавча влада, на яку на сьогодні покладено керівництво курортною справою – це Міністерство охорони здоров'я України.

Повноваженнями Кабінету Міністрів України у сфері діяльності курортів визначено:

- реалізацію державної політики у сфері діяльності курортів;
- забезпечення розроблення та виконання державних програм і прогнозів розвитку курортів;

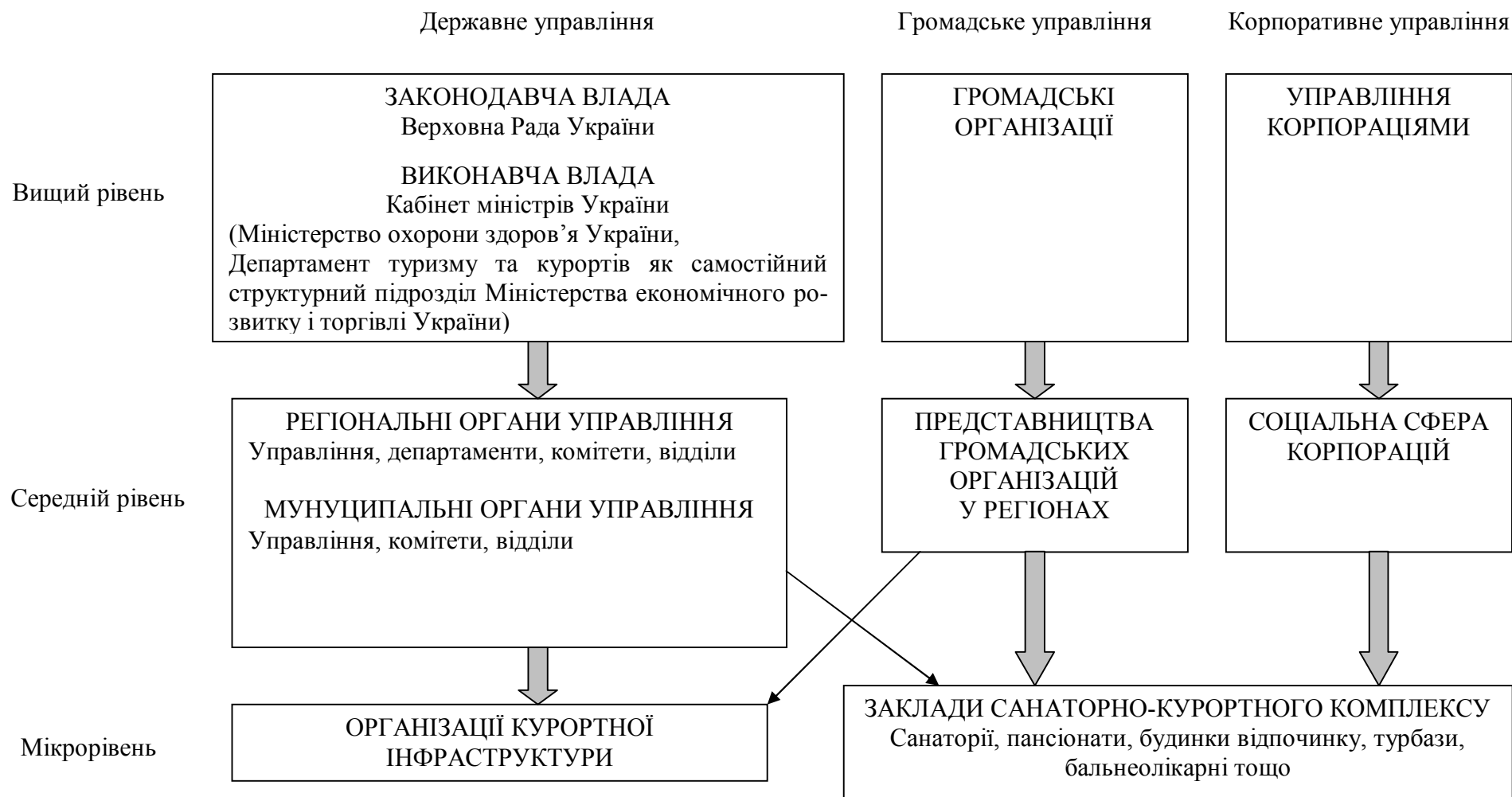


Рисунок 2.1 – Рівні управління курортною справою (санаторно-курортним комплексом) в Україні

- установлення норм і правил користування природними лікувальними ресурсами;
- організацію ведення державного обліку природних лікувальних ресурсів, лікувально-оздоровчих місцевостей і курортів;
- затвердження режиму округів і зон санітарної (гірничо-санітарної) охорони курортів державного значення;
- проведення державної експертизи державних програм розвитку курортів і генеральних планів курортів, що мають державне значення, та їх затвердження;
- затвердження порядку ведення моніторингу природних територій курортів і порядку створення та ведення Державного кадастру природних територій курортів України та Державного кадастру природних лікувальних ресурсів України;
- затвердження типового положення про санаторно-курортний заклад.

*Державна підтримка* санаторно-курортного комплексу може здійснюватися за кількома напрямками:

- шляхом формування адекватної законодавчої бази, прискорює перехід на ринкові відносини;
- у формі надання субсидій окремим курортам та їх об'єднанням;
- впровадженням пільгових фінансово-кредитних механізмів;
- організацією спеціальних еколого-рекреаційних зон;
- розробкою комплексних програм розвитку окремих курортів, з виокремленням найбільш соціально значущих видів лікування та відпочинку, включаючи дитячий і молодіжний види.

***Середній рівень*** – регіональні департаменти, управління, комітети та відділи. Вони формувалися відповідно до змін на регіональному рівні, мають різні назви, рівні повноважень і штатну структуру, в залежності від значущості курортної справи для кожного регіонального утворення. Такі регіональні органи управління створені практично у всіх регіонах, до того ж, зазвичай, для спільного управління з туризмом.

Виконавчі органи охорони здоров'я в регіонах України курортними питаннями не займаються, за винятком медичної діяльності.

Головним завданням органів регіонального рівня є реалізація державної курортної політики в межах своїх територіальних утворень.

До повноважень обласних державних адміністрацій у сфері діяльності курортів належать:

- реалізація загальнодержавних і місцевих програм освоєння земель оздоровчого та рекреаційного призначення, генеральних планів (програм) розвитку курортів;
- здійснення контролю за раціональним використанням і охороною природних лікувальних ресурсів, природних територій курортів і прилеглих до них округів санітарної охорони;
- затвердження режиму округів і зон санітарної (гірничо-санітарної)

охорони курортів місцевого значення.

Повноваженнями органів місцевого самоврядування у сфері діяльності курортів визначено:

- затвердження місцевих програм розвитку мінерально-сировинної бази, раціонального використання та охорони природних лікувальних ресурсів;
- управління курортами місцевого значення відповідно до закону;
- погодження видачі дозволів на користування природними лікувальними ресурсами державного значення;
- видача дозволів на користування природними лікувальними ресурсами місцевого значення;
- здійснення контролю за використанням природних лікувальних ресурсів;
- внесення до відповідних органів виконавчої влади клопотань про оголошення природних територій курортними;
- оголошення природних територій курортними територіями місцевого значення [107].

**Мікрорівень** – це виробники санаторно-курортних послуг: санаторно-курортні установи (санаторії та пансіонати з лікуванням, пансіонати, будинки відпочинку, дитячі оздоровчі табори, заводи розливу мінеральних вод, виробники лікувальних грязей тощо).

Функції менеджерів цієї ланки включають усі види діяльності щодо забезпечення сталого розвитку своїх організацій. Цей рівень представлений також підприємствами інфраструктури та організаціями-маркетинговими посередниками (санаторно-курортні об'єднання, туристські фірми (турагенти, туроператори) тощо).

Окрім державних структур, спостерігається формування системи громадського самоврядування на всіх рівнях.

Серед *громадських організацій*, пов'язаних із розвитком курортно-рекреаційної діяльності, можна виокремити Раду Всеукраїнської спілки громадських організацій «Рада з питань туризму і курортів», Волинську обласну організацію роботодавців туристичних агентств, готелів та оздоровчих закладів, Бориславську міську громадську організацію «Агенція розвитку курорту Східниця» (м. Борислав Львівської області), «Туристична асоціація Півдня України», громадська організація Асоціація туристичного та оздоровчого бізнесу «Відродження» (Миколаївська обл.) тощо.

Декілька рівнів управління можна виокремити й у *корпоративному управлінні* санаторно-курортними закладами. Регіональний рівень для бюджетних організацій (наприклад, силових міністерств) – це служби оборони, у складі яких утворюються медичні управління, на які прямо замикаються санаторії (СБУ санаторій «Трускавець», МВС «Перлина Прикарпаття», міністерства оборони України санаторій «Військовий» м. Трускавець тощо).

Для комерційних оздоровниць регіональний рівень зазвичай відсутній, вони управляються безпосередньо представниками власників (через



Правління та Ради директорів). Водночас у комерційних структурах регіонального масштабу створюються централізовані служби управління відомчою медициною та санаторно-курортними організаціями.

Отже, ми розглянули організаційну структуру управління курортною галуззю з точки зору функцій управління державними органами на різних рівнях.

Зважаючи на специфіку створення та реалізації рекреаційного (санаторно-курортного) продукту, необхідно розглянути *склад контрагентів*, які беруть участь у його створенні та розповсюдженні (просуванні).

За функціональною ознакою можна виокремити, принаймні три рівня, які забезпечують його формування та розвиток. У цьому контексті контрагенти розвитку санаторно-курортного продукту можуть бути представлена як сукупність елементів (груп суб'єктів), що відрізняються характером функцій, що виконуються (рис. 2.2).

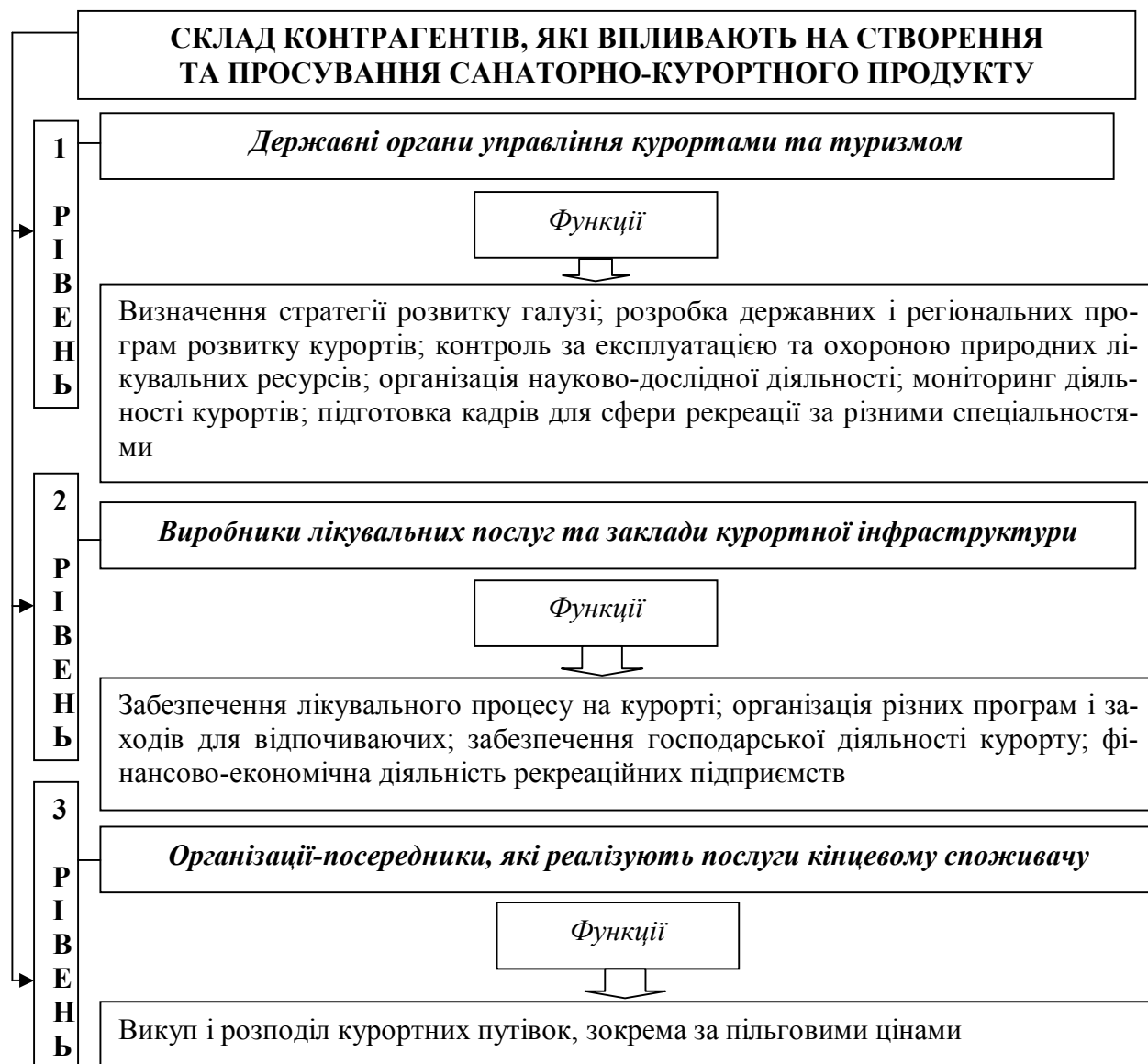


Рисунок 2.2 – Склад контрагентів, які впливають на створення та просування санаторно-курортного продукту та їхні функції

До першого рівня потрібно віднести державні органи управління курортами та туризмом, до функцій яких належать: визначення стратегії розвитку галузі; складання державних програм розвитку туризму й курортів; контроль за експлуатацією та охороною природних лікувальних ресурсів; організація науково-дослідницької діяльності; моніторинг діяльності курортів, організація реклами заходів; підготовка кадрів для системи рекреації різних спеціальностей тощо.

На сьогодні таким органом є *Департамент туризму та курортів*, який діє у складі Міністерства економічного розвитку і торгівлі України й підпорядковується йому (рис. 2.3). Динаміка структури управління сфери туризму в Україні наведена в додатку А.

Спочатку у січні 2016 р. згідно з Наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.01.2016 № 116 [28] було утворене Управління туризму та курортів, а пізніше зазначене Міністерство затвердило Положення про департамент туризму та курортів [29].

Другий рівень – це виробники лікувальних послуг, до яких належать санаторно-курортні установи (санаторії та пансіонати з лікуванням), установи курортної інфраструктури (бальнеогрязелікарнями, поліклініки, спеціалізовані підприємства з утримання курортних зон і доріг у належному стані, котельні та теплові мережі, автотранспортні підприємства, соціальні об'єкти в межах курортів), і позакурортні установи (санаторії-профілакторії, заводи розливу мінеральних вод, виробники лікувальних грязей). До функцій цієї ланки належать: забезпечення лікувального процесу на курорті; організація анімаційних і спортивних програм для відпочиваючих; забезпечення господарської діяльності курорту; фінансово-економічна діяльність курорті.

Третій рівень становлять реалізатори рекреаційних послуг, до яких належать Фонди соціального страхування, що займаються викупом і розподілом курортних путівок за пільговими цінами, турфірми, які виконують посередницькі функції через укладання договорів на заповнення санаторно-курортних закладів на основі твердої чи м'якої квоти місць, інші посередницькі організації.

Досліджуючи організаційні основи ієрархічної побудови СКК необхідно відзначити, що його специфіка обумовлюється, з одного боку, експлуатацією природних лікувальних ресурсів, а, з іншого, – з організацією лікувального процесу, вимагає розробки особливих, науково обґрунтованих принципів її організації.

## **2.2 Класифікація санаторно-курортних закладів**

З метою підвищення ефективності управління підприємствами санаторно-курортної галузі виникає необхідність у виробленні загальних підходів до їх класифікації.

Перш ніж ми перейдемо безпосередньо до класифікації санаторно-курортних закладів, необхідно розглянути їхню типологію [44] (табл. 2.1).

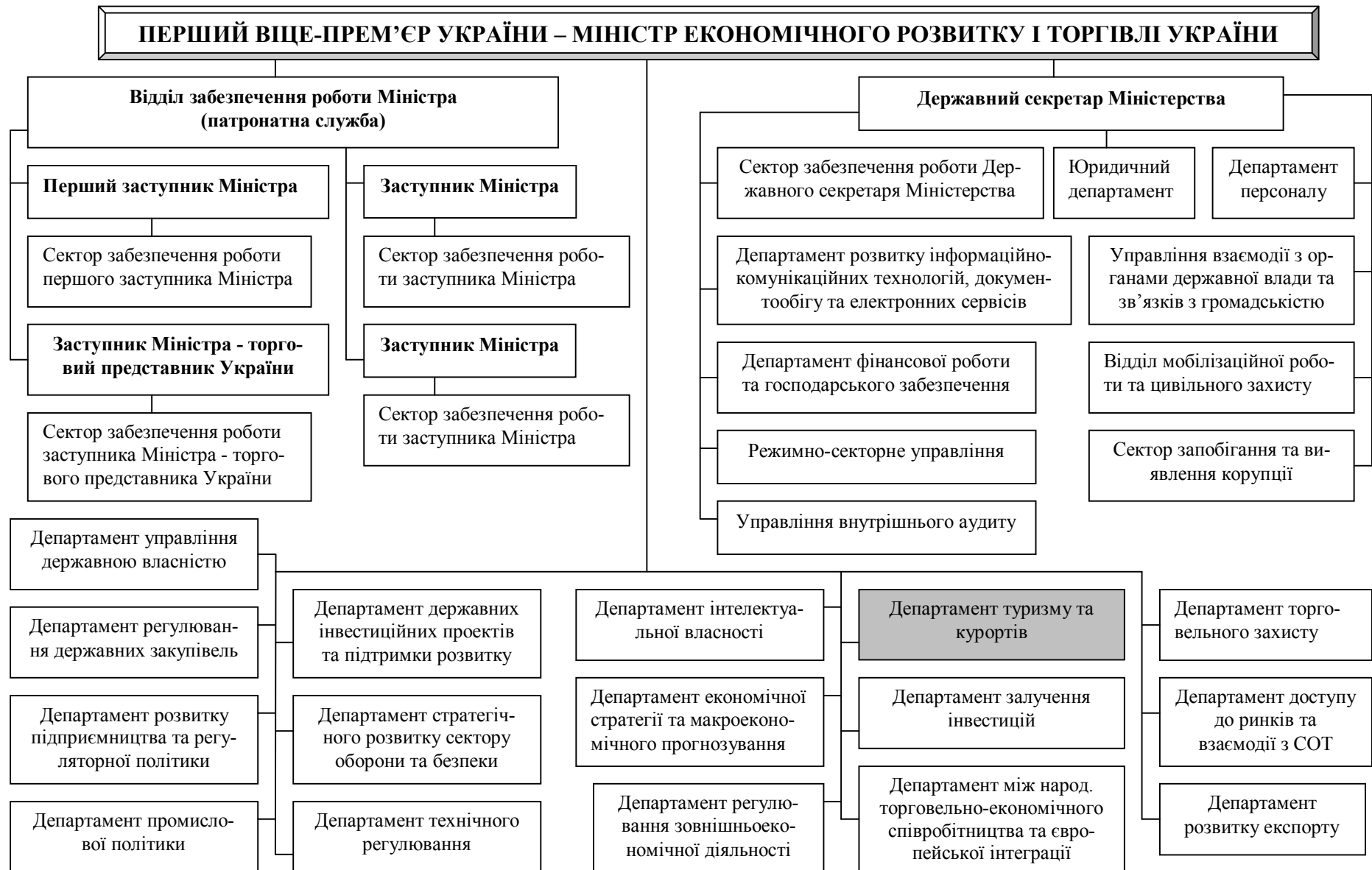


Рисунок 2.3 – Місце Департаменту туризму і курортів у структурі Міністерства економічного розвитку та торгівлі

Таблиця 2.1 – Типізація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств

Тип оздоровчих підприємств	Визначення
1	2
Санаторій	Спеціалізований засіб розміщення, що забезпечує надання послуг комплексного лікування, медичної реабілітації та профілактики за допомогою природних факторів (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі, морські купання, сонцелікування тощо) у поєднанні з дієтотерапією, фізіотерапією, медикаментозним лікуванням та іншими методами санаторно-курортного лікування (у регламентованому режимі), розташований на території курорту чи лікувально-оздоровчої місцевості
Санаторій-профілакторій	Спеціалізований засіб розміщення санаторно-курортного типу відомчого підпорядкування, що забезпечує надання послуг комплексного лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування (у регламентованому режимі), розташований, зазвичай, у межах курортів, рекреаційних та приміських зон або на території підприємства засновника при наданні санаторно-курортної послуги без відриву від виробництва, навчання
Пансіонат із лікуванням	Спеціалізований засіб розміщення, що забезпечує умови для загального оздоровлення та відпочинку (має умови для надавання медичних і профілактичних послуг та лікування), розташований на території курорту чи лікувально-оздоровчої місцевості
Курортний готель	Засіб розміщення, який розміщується на території курорту та має умови для відпочинку та оздоровлення
СПА-готель	Засіб розміщення зі СПА-зоною, який має умови для відпочинку та оздоровлення, розташований, як правило, в межах курортів, рекреаційних та приміських зон
Пансіонат відпочинку	Засіб розміщення, призначений для відпочинку та оздоровлення, розташований, зазвичай, у межах курортів, у рекреаційних та приміських зонах
Будинок відпочинку	Засіб розміщення, призначений для відпочинку, розташований, зазвичай, у межах курортів, у рекреаційних та приміських зонах із регламентованим режимом харчування та відпочинку
База та інші заклади відпочинку	Засіб розміщення, призначений для відпочинку, розташований, зазвичай, у рекреаційних та приміських зонах

Продовження таблиці 2.1

1	2
Заклади 1–2 денного перебування	Засіб розміщення, призначений для короткострокового перебування, розташований, зазвичай, у рекреаційних та приміських зонах

Типізація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств здійснюється на підставі функціональних ознак підприємства (асортимент послуг, що пропонуються, режим їх надання, матеріально-технічна база, методи та якість обслуговування) та особливостей природних умов і ресурсів території, на якій воно розміщується.

Усі типи санаторно-курортних і оздоровчих підприємств за функціональною ознакою розподіляються на *санаторно-курортні* й *оздоровчі* підприємства.

Серед санаторно-курортних підприємств варто виокремити: санаторії, санаторії-профілакторії та пансіонати з лікуванням, тобто підприємства, які надають послуги лікування та повинні розміщуватися на території курорту чи лікувально-оздоровчій місцевості.

До оздоровчих належать усі інші зазначені вище типи підприємств, що мають умови для відпочинку й оздоровлення та розташовані, зазвичай, у межах курортів, рекреаційних та приміських зонах.

Санаторій – провідний лікувально-профілактичний заклад на курорті.

Санаторії можуть бути *однопрофільними (монопрофільними)* і *багатопрофільними*. Медичний профіль санаторію встановлюється залежно від природних лікувальних факторів курорту й затверджених для нього медичних показань. Лікування хворих у санаторії здійснюється переважно природними чинниками (клімат, мінеральні води, лікувальні грязі тощо) у поєднанні з фізіотерапією, лікувальною фізкультурою, масажем, дієтичним харчуванням і психотерапією, за умови додержання призначеного режиму, що в комплексі забезпечує повноцінне санаторно-курортне лікування та відпочинок хворого (рис. 2.4).

З урахуванням структури захворюваності населення та її тенденцій, створені *спеціалізовані* санаторії для лікування хворих з захворюваннями органів кровообігу, травлення, хворобами органів дихання неспецифічного характеру, опорно-рухового апарату, нервової системи, гінекологічними, шкіри, нирок і сечовивідних шляхів, порушеннями обміну речовин. Крім того, функціонують спеціалізовані санаторії та санаторні відділення більш вузького профілю: для лікування хворих на туберкульоз, бронхіальну астму, з захворюваннями й наслідками травм нервової системи та опорно-рухового апарату, лікування професійних захворювань, спеціалізовані відділення для вагітних (рис. 2.5).



Рисунок 2.4 – Класифікація санаторіїв

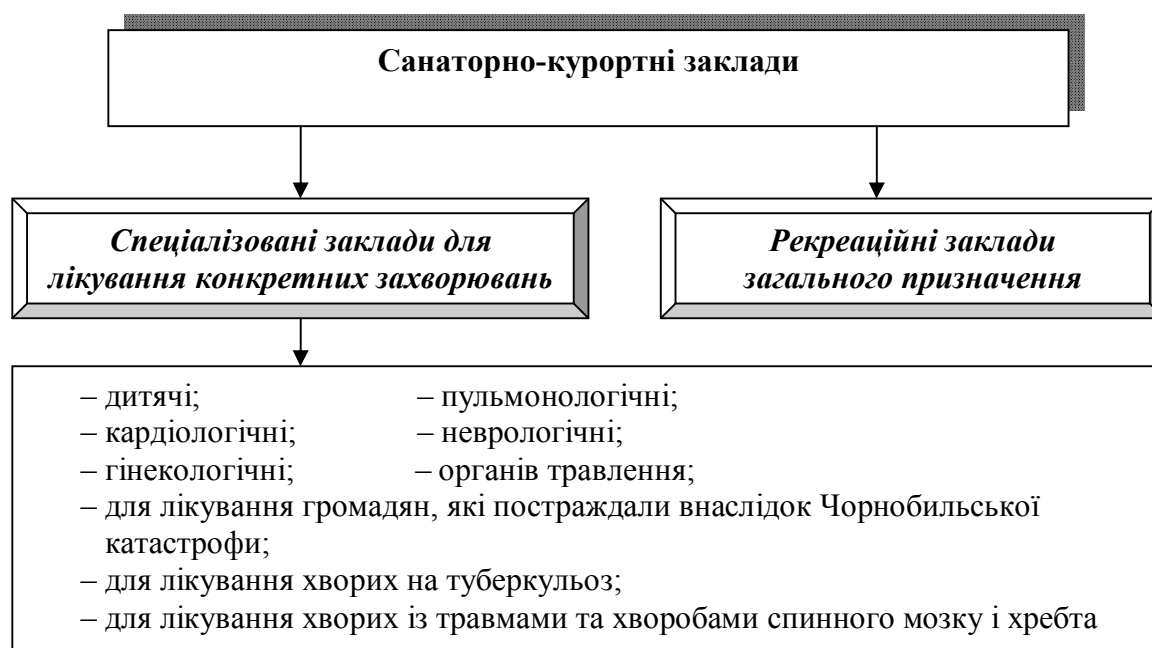


Рисунок 2.5 – Спеціалізація санаторно-курортних закладів України [96]

До спеціалізованих слід відносити лише санаторії, до підприємств загального призначення – усі інші санаторно-курортні й оздоровчі підприємства, зокрема багатопрофільні санаторії.

Поряд із санаторіями, що розташовуються на курортах, існує система місцевих санаторіїв, що організовані переважно неподалік від міст, у сприятливих ландшафтних та мікрокліматичних умовах. Ці санаторії створені для хворих, яким від'їзд на курорт згідно з медичними показаннями може зашкодити, а також для хворих у важкому стані, що потребують ранньої санаторно-курортної реабілітації.

Залежно від віку рекреантів, яким показано санаторно-курортне лікування, існують такі санаторно-курортні заклади: *для дорослих, дітей, батьків з дітьми*. До закладів санаторного типу належать також санаторії-профілакторії, що організовані при підприємствах, установах, навчальних закладах та організаціях, які проводять оздоровлення та санаторно-курортне лікування осіб, які в них працюють або навчаються.

Санаторно-курортні заклади, які використовуються для розташування структурних наукових і навчальних підрозділів (кафедри, лабораторії тощо) вищих медичних закладів освіти III, IV рівнів акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів – вважаються *клінічними*. На їх базі здійснюється проведення наукових досліджень, розробка та впровадження ефективних методів профілактики, діагностики, санаторно-курортного лікування та реабілітації хворих, експертна оцінка результатів наукових досліджень. Працівники клініки з-поміж професорсько-викладацького складу беруть участь у проведенні лікувально-діагностичного процесу, здійснюють обходи, консультації хворих, організують консилиуми, визначають і коригують плани й тактику подальшого обстеження та санаторно-курортного лікування хворих, разом з іншими співробітниками клінічного санаторію відповідають за якість лікувально-діагностичного процесу.

Відповідно до періоду функціонування – це санаторно-курортні й оздоровчі підприємства *цілорічної* або *сезонної дії*. Цілорічні санаторно-курортні й оздоровчі підприємства здійснюють функції з надання лікувальних, профілактичних та реабілітаційних послуг більш ніж три місяці поза літнім курортним сезоном. Сезонні підприємства здійснюють функції з надання лікувальних, профілактичних та реабілітаційних послуг лише протягом літнього курортного сезону.

Відповідно до ст. 63 Господарського кодексу України *залежно від форм власності* в Україні можуть діяти підприємства (зокрема санаторно-курортні та оздоровчі) таких видів:

- приватне підприємство, засноване на приватній власності громадян чи суб'єкта господарювання (юридичної особи);
- підприємство засноване на колективній власності (підприємство колективної власності);
- комунальне підприємство, засноване на комунальній власності територіальної громади;

- державне підприємство, засноване на державній власності;
- підприємство, засноване на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності) [37].

Згідно з Господарським кодексом (ст. 70) підприємства мають право на добровільних засадах об'єднувати свою господарську діяльність (виробничу, комерційну та інші види). Види об'єднань підприємств, їхній загальний статус, а також основні вимоги щодо здійснення ними господарської діяльності визначені у розділі 12 ГКУ. Особливості правового статусу об'єднань підприємств, створюваних за рішенням Кабінету Міністрів України, міністерств, інших компетентних державних органів, органів місцевого самоврядування, визначаються нормативними актами відповідних органів.

В Україні можуть діяти також інші види підприємств, передбачені законом. У таблиці 2.2 сформульовано визначення організаційно-правових форм, які розповсюджуються також на санаторно-курортні й оздоровчі підприємства.

Таблиця 2.2 – Структура організаційно-правових форм, передбачених законодавством України [44]

Організаційно-правова форма	Скорочена назва	Визначення
1	2	3
<b>Громадські товариства</b>		
Товариством з обмеженою відповідальністю	ТзОВ	Товариством з обмеженою відповідальністю є господарське товариство, що має статутний капітал, поділений на частки, розмір яких визначається установчими документами, і несе відповідальність за своїми зобов'язаннями тільки своїм майном. Учасники товариства, які повністю сплатили свої вклади, несуть ризик збитків, пов'язаних з діяльністю товариства, у межах своїх вкладів
Товариство з додатковою відповідальністю	ТДВ	Товариством з додатковою відповідальністю є господарське товариство, статутний капітал якого поділений на частки визначених установчими документами розмірів і яке несе відповідальність за своїми зобов'язаннями власним майном, а в разі його недостатності учасники цього товариства несуть додаткову солідарну відповідальність у визначеному установчими документами однаково кратному розмірі до вкладу кожного з учасників



Продовження таблиці 2.2

1	2	3
Повне товариство	ПТ	Повним товариством є господарське товариство, всі учасники якого відповідно до укладеного між ними договору здійснюють підприємницьку діяльність від імені товариства та несуть додаткову солідарну відповідальність за зобов'язаннями товариства усім своїм майном
Акціонерні товариства	АТ	Акціонерним товариством є господарське товариство, яке має статутний капітал, поділений на визначену кількість акцій однакової номінальної вартості, і несе відповідальність за зобов'язаннями тільки майном товариства, а акціонери несуть ризик збитків, пов'язаних із діяльністю товариства, в межах вартості належних їм акцій. Відповідно до Закону «Про акціонерні товариства» в Україні не передбачено поділ АТ на ВАТ та ЗАТ. Реєструвати та вести свою діяльність акціонерні товариства будуть лише у вигляді публічних або приватних акціонерних товариств [4]
Командитне товариство	КТ	Командитним товариством є господарське товариство, у якому один або декілька учасників здійснюють від імені товариства підприємницьку діяльність і несуть за його зобов'язаннями додаткову солідарну відповідальність усім своїм майном, на яке за Законом може бути звернено стягнення (повні учасники), а інші учасники присутні в діяльності товариства лише своїми вкладками (вкладники)
Організаційно-правові форми об'єднань підприємств		
Асоціація		Асоціація – договірне об'єднання, створене з метою постійної координації господарської діяльності підприємств, що об'єдналися, шляхом централізації однієї або кількох виробничих та управлінських функцій, розвитку спеціалізації та кооперації виробництва, організації спільних виробництв на основі об'єднання учасниками фінансових та матеріальних ресурсів для задоволення переважно господарських потреб учасників асоціації
Корпорація		Корпорацією визнається договірне об'єднання, створене на основі поєднання виробничих, наукових і комерційних інтересів підприємств, що об'єдналися, з делегуванням ними окремих повноважень централізованого регулювання діяльності кожного з учасників органам управління корпорації

## Закінчення таблиці 2.2

1	2	3
Консорці- ум		Консорціум – тимчасове статутне об'єднання підприємств для досягнення його учасниками певної спільної господарської мети (реалізації цільових програм, науково-технічних, будівельних проектів тощо). Консорціум використовує кошти, якими його наділяють учасники, централізовані ресурси, виділені на фінансування відповідної програми, а також кошти, що надходять з інших джерел, у порядку, визначеному його статутом
Концерн		Концерном визнається статутне об'єднання підприємств, а також інших організацій, на основі їх фінансової залежності від одного або групи учасників об'єднання, з централізацією функцій науково-технічного та виробничого розвитку, інвестиційної, фінансової, зовнішньоекономічної та іншої діяльності
Державні та комунальні господарські об'єднання		Державні та комунальні господарські об'єднання утворюються переважно у формі корпорації або концерну, незалежно від найменування об'єднання (комбінат, трест тощо)

Господарськими товариствами визнаються підприємства або інші суб'єкти господарювання, створені юридичними особами та/або громадянами шляхом об'єднання їхнього майна й участі в підприємницькій діяльності товариства з метою одержання прибутку.

За ознакою правового та економічного статусу доцільно виокремити санаторно-курортні й оздоровчі підприємства **з повною економічною та правовою самостійністю**; та підприємства (заклади), **які не мають правового та економічного статусу юридичної особи**, що перебувають у сфері управління органів виконавчої влади та у підпорядкуванні інших підприємств, установ і організацій.

Відомчі санаторно-курортні заклади перебувають у сфері управління органів виконавчої влади, які підзвітні цим органам, та на їхньому балансі й обслуговують окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою непов'язаною зі станом здоров'я ознакою.

Нині, значна частка санаторно-курортних і оздоровчих підприємств України залежно від їх відомчого підпорядкування перебувають у складі Федерації профспілок України, Фонду соціального страхування України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства транспорту України, інших міністерств та відомств.

За метою та характером економічної діяльності виокремлюють підприємства **комерційні (прибуткові)**, які прагнуть отримувати цільовий прибуток на відповідній стадії свого життєвого циклу; та **некомерційні (неприбуткові)**, що створюються з метою надання суспільних медичних послуг, надають пріоритетне значення у своїй діяльності соціальним цілям і не ставлять за мету отримання прибутку. До неприбуткових належать санаторно-курортні й оздоровчі підприємства, які повністю утримуються за рахунок відповідного Державного бюджету, місцевих бюджетів чи знаходяться на балансі інших юридичних осіб (туберкульозні санаторії, санаторії-профілакторії, табори праці та відпочинку тощо).

У таблиці 2.3 надано узагальнену класифікацію санаторно-курортних і оздоровчих підприємств за різними ознаками, розглянутими вище.

Таблиця 2.3 – Узагальнена класифікація санаторно-курортних підприємств за різними ознаками [44]

Класифікаційна ознака	Підвид
1	2
1 Профіль	Однопрофільні (монопрофільні). Багатопрофільні
2 Спеціалізація	Загальнотерапевтичні. Спеціалізовані (санаторії)
3 Основний профіль лікування (медичний профіль)	Органів кровообігу. Нервової системи. Органів дихання (нетуберкульозного характеру). Органів травлення. Органів опорно-рухової системи тощо
4 За типом	Санаторії. Санаторії-профілакторії. Пансіонати з лікуванням. Курортні готелі. Будинки та пансіонати відпочинку. Бази та інші заклади відпочинку. Заклади 1-2-денного перебування тощо
5 За функцією	Лікувальні. Оздоровчі
6 Період функціонування	Цілорічні. Сезонні
7 Цільовий сегмент	Для дорослих. Для дорослих з дітьми. Для дітей
8 Місце розташування	Курортного типу (на території курорту). Некурортного типу (поза курортом)

Продовження таблиці 2.3

1	2
9 Термін перебування	1–2-денне. Тривале – 3 дні й більше. Тривале й 1–2-денне
10 Форма власності	Приватне підприємство. Підприємство колективної власності. Комунальне підприємство. Державне підприємство. Змішаної форми власності
11 Мета та характер комерційної діяльності	Комерційні (прибуткові) Некомерційні (не прибуткові)
Залежно від способу утворення (заснування) та способу формування статутного капіталу	Унітарні. Корпоративні
12 Організаційно-правова форма	Акціонерне товариство. Товариством з обмеженою відповідальністю. Товариством з додатковою відповідальністю. Повне товариство. Командитне товариство
13 Правовий та економічний статус	З повною правовою та економічною самостійністю. Дочірні підприємства. Філіали. Представництва. Відокремлені підрозділи
14 Організаційно-правова форма об'єднань	Асоціації. Корпорації. Консорціуми. Концерни та інші об'єднання
15 Відомче підпорядкування (у складі відомств)	Системи профспілок. Міністерства охорони здоров'я України. «Сільгоспоздоровниці». Міністерства внутрішніх справ України. Міністерства транспорту України. Міністерства оборони України. Фонду соціального страхування України Державного управління справами тощо

Сформована класифікація має практичне значення, оскільки дає змогу виявляти структуру санаторно-курортних і оздоровчих послуг і попит на

них, формувати цільові установки, вирішувати питання організації та управління санаторно-курортних і оздоровчих підприємств.

## **2.3 Організаційно-господарська структура санаторно-курортних закладів**

Після дослідження рівнів управління курортами та класифікації санаторно-курортних закладів доцільно розглянути структуру управління цими закладами та з'ясувати існуючі особливості в залежності від виду рекреаційного підприємства.

Під *організаційною структурою управління* (далі – ОСУ) розуміють упорядковану сукупність стійко взаємопов'язаних елементів, що забезпечують функціонування та розвиток організації як єдиного цілого. ОСУ визначається також як форма розподілу й кооперації управлінської діяльності, у межах якої здійснюється процес управління за відповідними функціями, спрямованими на вирішення поставлених завдань і досягнення намічених цілей.

На всіх рівнях управління приділяють величезну увагу принципам і методам формування структур, вибору типу або комбінації видів структур. Багатосторонність змісту структур управління зумовлює безліч принципів їх формування. Головні з цих принципів можуть бути сформульовані у такий спосіб.

1. Організаційна структура управління має, насамперед, відбивати мету та завдання оздоровчої організації, а отже, бути підлеглою наданню послуг і його потребам.

2. Необхідно передбачити оптимальний розподіл праці між управлінською ланкою та окремими працівниками, що забезпечуватиме творчий характер роботи й раціональне навантаження, а також належну спеціалізацію.

3. Формування структури управління потрібно зв'язувати з визначенням повноважень і відповідальності кожного робітника та ланки управління, зі встановленням системи вертикальних і горизонтальних зв'язків між ними.

4. Між функціями й обов'язками, з одного боку, і повноваженнями та відповідальністю з іншого, необхідно підтримувати відповідальність, порушення якого призводитиме до дисфункції системи управління загалом.

5. Організаційна структура управління має бути адекватною в соціально-культурному середовищі організації, що істотно впливає на рішення щодо рівня централізації та деталізації, розподілу повноважень і відповідальності, міри самостійності та масштабів контролю керівників і менеджерів.

Реалізація цих принципів означає необхідність врахування під час формування (або перебудови) структури управління безлічі різноманітних чинників, які впливають на ОСУ.

Структура управління санаторно-курортних закладів зазвичай будується за ієрархічним типом, із переважанням лінійно-функціональної організації управління (рис. 2.6).

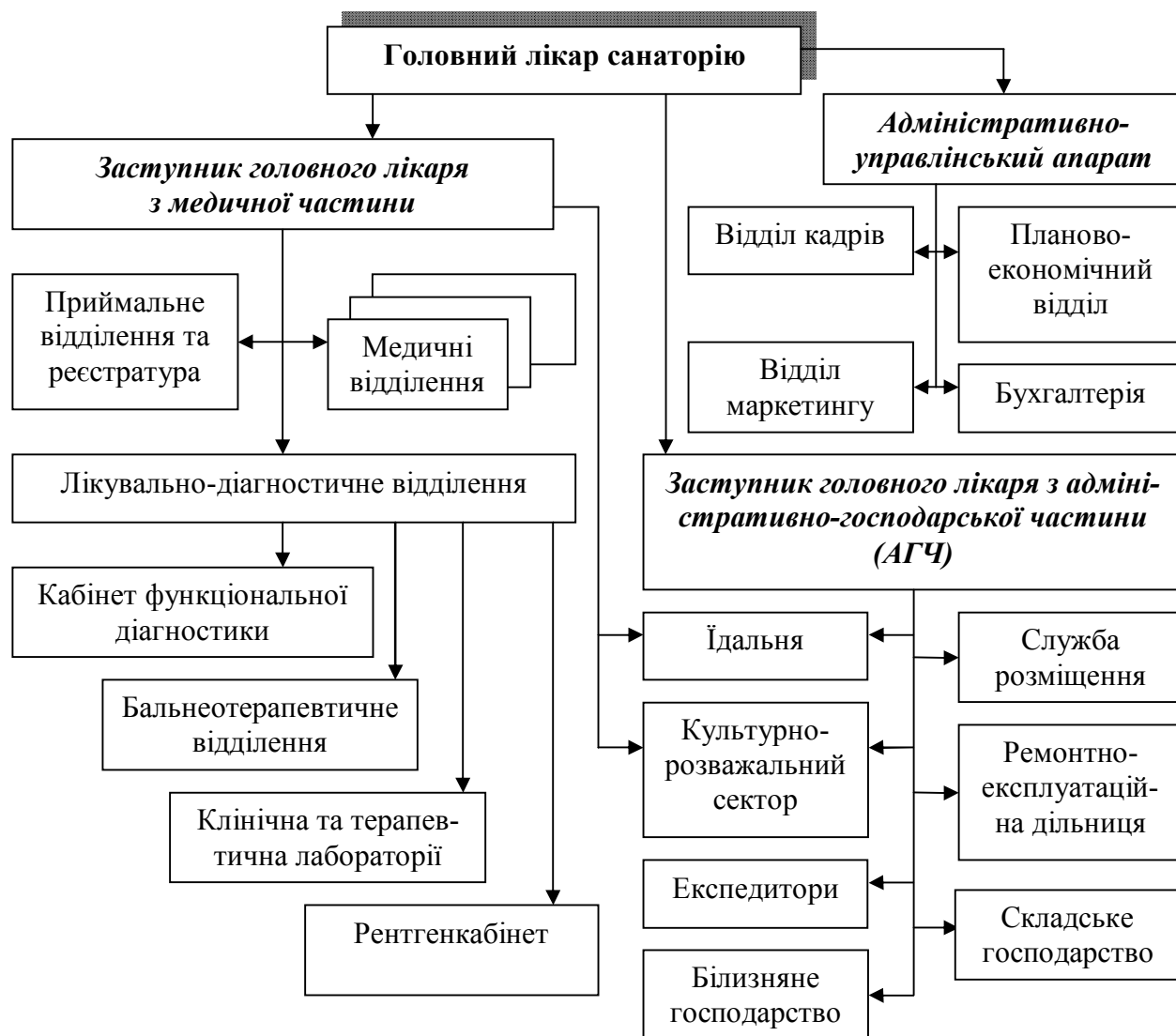


Рисунок 2.6 – Організаційна структура управління санаторієм (блоково-функціональне представлення)

Основу **лінійно-функціональних структур** становить спеціалізація управлінського процесу за функціональними підсистемами організації (лікувальний, адміністративно-господарський сектор, організація харчування, сектор розміщення тощо). За кожним із них формується ієрархія служб, що пронизує всю організацію від верху до низу. Результати роботи кожної служби апарату управління рекреаційним підприємством оцінюються показниками, що характеризують виконання ними своїх цілей і завдань.

Розподіл повноважень і відповідальності відбувається відповідно з організаційною структурою та регламентується низкою документів: Статутом підприємства, Положенням про санаторій та положеннями про окремі структурні одиниці, штатним розкладом, Правилами внутрішнього трудового розпорядку, посадовими інструкціями.

Приклади статуту санаторно-курортних підприємств наведені в додатку Б, приклад Положенням про санаторій – у додатку В, Правилами внутрішнього трудового розпорядку санаторію – у додатку Г.

На рисунку 2.6 наведений приклад розгорнутої організаційної структури управління *санаторієм*, яка відображує ієрархію підпорядкованості підрозділів та посадових осіб – лінійних керівників.

За своїми функціональними обов'язками керівники підрозділів є типовими лінійними керівниками, які відповідають за всі питання роботи підрозділів: лікувально-діагностичний процес, господарську діяльність, організацію поточного ремонту тощо.

Організаційна структура блоку харчування побудована у такий спосіб, що за її роботу відповідає два керівника. Безпосередньо вся служба підпорядковується заступнику головного лікаря з медичної частини, який здійснює керівництво харчуванням через шеф-кухаря (завідувача виробництвом), сестру-господиню та дієтслужбу.

Постачання продуктів харчування та організація їх зберігання зазвичай проводить інший заступник – з адміністративно-господарської частини.

Також подвійне підпорядкування має персонал культурно-розважального сектору: безпосереднім керівником підрозділу є фахівець з дозвіллевої діяльності, а вся служба, як і служба харчування, підпорядковується заступнику головного лікаря з медичної частини. Це пояснюється необхідністю узгодження та контролю фізичних навантажень рекреантів, їхньої рухової активності.

Прийом і розміщення відпочиваючих здійснюється в приймальному відділенні, підпорядкованому заступник головного лікаря з медичної частини (начмеду), що є за своїм статусом медичним відділенням.

Організація розміщення в санаторіях також має свою специфіку. На рисунку 2.7 служба розміщення окремо не виділена, оскільки покоївки (їхню посаду може обіймати молодший медичний персонал) входять до складу медичного відділення, а персонал білизняного господарства, електрики, слюсарі-сантехники, які безпосередньо обслуговують засоби розміщення рекреаційного підприємства – до господарської частини.

Така підпорядкованість ускладнює процес управління санаторієм, однак на сьогодні вона зберігається у багатьох вітчизняних рекреаційних підприємствах, які мають лікувально-оздоровчі підрозділи.

До функціональних підрозділів належить бухгалтерія, планово-економічний відділ (може бути виокремленим або входити до складу бухгалтерії) відділ кадрів, відділ маркетингу (реалізації путівок). Бухгалтерію та планово-економічний відділ (за його наявності) очолює головний бухгалтер, інші підпорядковуються безпосередньо головному лікарю.

Головний лікар фактично виконує обов'язки генерального директора та керує відповідно до чинного законодавства виробничо-господарської та фінансово-економічною діяльністю рекреаційного підприємства,

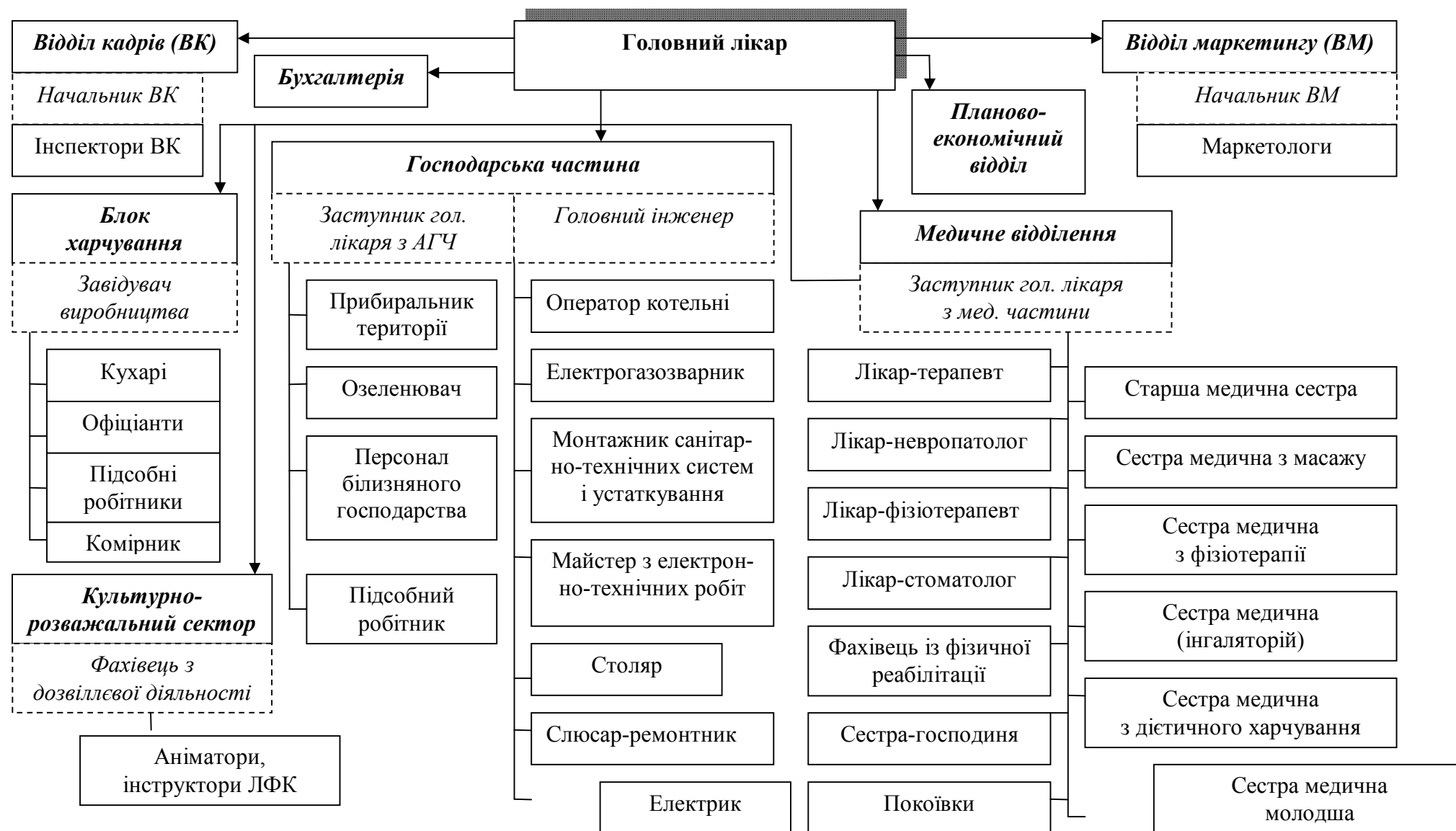


Рисунок 2.7 – Приклад організаційної структури управління санаторієм, яка відображує ієрархію підпорядкованості підрозділів та посадових осіб – лінійних керівників



несучи всю повноту відповідальності за наслідки прийнятих рішень, збереження та ефективного використання майна підприємства, а також фінансово-господарські результати його діяльності.

Подібна структура є типовою для санаторіїв, і збереглася, за винятком вищого керівного органу (правління, ради директорів), ще з дореформеного періоду.

Щодо головного керівника санаторно-курортних підприємств, то його обов'язки виконує головний лікар у тому разі, якщо санаторій є філією, тобто дочірнім підприємством у складі будь-якого об'єднання, наприклад, дочірнім підприємством ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» тощо. Якщо рекреаційний заклад має повну правову й економічну самостійність, то його може очолювати директор (генеральний директор, голова правління тощо).

Зазвичай найвищу ланку управління рекреаційним закладом очолює директор (генеральний директор, голова правління тощо) у *курортних готелях*, особливо у тих, які були побудовані починаючи з 1990-х років і до сьогоднішні. Це пояснюється тим, що сучасні курортні готелі прагнуть надавати лікувально-оздоровчі послуги за аналогією із закордонними курортами, на яких чітко розділені функції проживання та харчування з функціями лікування та оздоровлення. Також варто зазначити, що курортні готелі зазвичай взагалі не мають власної лікувально-діагностичної бази, отже, здійснюють діяльність з оздоровлення відпочиваючих, які приїхали з оздоровчими цілями, на базі існуючих санаторіїв, які розташовані неподалік, на основі угоди про співпрацю з провідними лікарями цих санаторіїв та використання медичної матеріально-технічної бази.

Отже, не дивно, що серед рекреаційно-оздоровчих закладів найскладнішу організаційну структуру управління мають саме санаторії через повноцінну реалізацію функції лікування. Чим більший санаторій, чим ширший профіль лікування та оздоровлення він має, тим складнішою буде його організаційна структура управління.

На наведених рисунках 2.5 та 2.6 немає окремих підрозділів (секторів), які відповідають за організацію спортивної роботи. Проте виокремлений культурно-розважальний сектор, до складу якого входять інструктори ЛФК, які організують та здійснюють спортивно-розважальні заходи в рамках дозвілєвої діяльності.

У складі великих санаторно-курортних підприємств (санаторіїв, пансіонатів з лікуванням) окремо організують СПА-комплекс, спортивний, культурно-розважальний комплекси.

У такому разі до спортивного комплексу входитимуть інструктори ЛФК, до культурно-розважального – аніматори, до СПА-комплексу – лікарі та молодший медичний персонал, зокрема медичні сестри.

Не менш складну, а часто й складнішу організаційну структуру управління мають *дитячі санаторно-курортні заклади*, оскільки за специфікою своєї діяльності вони мають здійснювати ретельний контроль щодо закупівель продуктів харчування, процесу приготування їжі, норм фізичних навантажень не лише за станом здоров'я, а й за віком. До того ж до дитячих сана-

торно-курортних закладів приймають на відпочинок як батьків із дітьми, так і окремо дітей. Це потребує створення та обслуговування різних підрозділів з розміщення.

На базі дитячих санаторно-курортних закладів у вигляді окремих підрозділів можуть функціонувати *літні дитячі табори*. Такий організаційний підрозділ вимагає, окрім зазначеного вище, якісного планування культурно-масової, просвітницької та виховної роботи.

Простішу структуру організаційну структуру управління мають *базисні та будинки відпочинку* через відсутність лікувально-оздоровчого складника. Структура управління цими закладами будується за аналогією з курортними готелями, однак вони мають меншу кількість структурних підрозділів. Наприклад, може бути відсутнім (або істотно скороченим) культурно-розважальний сектор, меншою за розмірами господарська частина, скороченим адміністративно-управлінський апарат. Зазначимо, що багато баз та будинків відпочинку мають сезонний характер роботи, тобто функціонують протягом трьох–чотирьох місяців на рік у теплий період року (влітку).

Такі підприємств, які мають менш розвинену матеріально-технічну базу, отже більшу мобільність, що дає змогу забезпечити максимальне збереження основних засобів протягом року без їхнього пошкодження. Саме через сезонний характер роботи зменшується необхідність у здійсненні маркетингової діяльності, оскільки немає потреби у забезпеченні високого завантаження баз і будинки відпочинку протягом усього року. Однак саме функціонування таких підприємств протягом короткого проміжку часу ускладнює досягнення їхнього максимального завантаження протягом кількох місяців роботи на рік. Отже маркетингові зусилля управлінського персоналу концентруються за декілька місяців до відкриття закладів і від їхньої реалізації залежатиме успіх роботи протягом всього сезону.

Як вже зазначалося вище, багато санаторно-курортних підприємств в Україні входять до складу певних об'єднань або функціонують у складі акціонерних товариств. Отже, окрім лінійно-функціональної структури управління виокремлюється й **дивізійна структура** управління санаторно-курортними підприємствами. Зазвичай за цією моделлю функціонують найбільші організації, які в межах своїх розмірів стали створювати відділення, надавши їм певну самостійність у здійсненні оперативної діяльності. Водночас адміністрація залишала за собою право контролю питань стратегії розвитку, науково-дослідних розробок, інвестицій тощо.

У світовій практиці ключовими фігурами в управлінні організаціями з дивізійною структурою стають не керівники, а менеджери, що очолюють виробничі відділення. Структуризація організації за відділеннями відбувається, зазвичай, за одним із трьох критеріїв [114, с. 208]:

- за своєю продукцією або послугами, що надаються (продуктова спеціалізація);
- за орієнтацією на споживача (споживча спеціалізація);
- за територіями, що обслуговуються (регіональна спеціалізація).

Отже, санаторно-курортні заклади структурують діяльність за відділеннями за критерієм – регіональною спеціалізацією.

Найбільшим акціонерним товариством в Україні, яке об'єднує діяльність санаторно-курортних закладів, є ПрАТ «Укрпрофоздоровниця».

Приватне акціонерне товариство лікувально-оздоровчих закладів профспілок України «Укрпрофоздоровниця», засновником якого є Федерація профспілок України та Фонд соціального страхування України з тимчасової втрати працездатності, було створено 4 грудня 1991 року й на сьогодні є лідером ринку санаторно-курортних послуг України та об'єднує більше ніж 80 санаторно-курортних закладів, розташованих в різних кліматичних регіонах.

Усі санаторно-курортні заклади Товариства акредитовані та отримали ліцензії на право здійснення медичної практики. У користуванні санаторно-курортних установ ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» перебуває 61 родовище мінеральних вод і 13 родовищ лікувальних грязей. Характерною рисою для санаторно-курортних закладів ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» є розвиток медичної реабілітації [101].

В оздоровницях функціонує близько 100 реабілітаційних відділень більше, ніж із 20-ти напрямів профільної патології. Метою цих відділень є надання кваліфікованої медичної допомоги на етапі санаторно-курортного лікування після перебування в стаціонарі. Одним із пріоритетів для профспілкових санаторно-курортних закладів є лікування та оздоровлення дітей.

Структура управління санаторно-курортними закладами на прикладі ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» наведена на рисунку 2.8.

ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» аналізує загальні результати діяльності санаторно-курортних підприємств, які входять до складу Товариства, приймає рішення щодо забезпечення їхнього розвитку, обсягів інвестування матеріально-технічної бази, створює умови для підвищення кваліфікації медичного персоналу, організовує міжнародні конференції та майстер-класи на базі санаторіїв, що сприяє обміну досвідом вітчизняних та закордонних фахівців із санаторно-курортної справи. ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» як для дивізіональної структури, властиве поєднання централізованої координації з децентралізованим оперативним управлінням.

Дивізіональна організаційна структура управління більш адаптивна до зовнішнього середовища та швидко реагує на зміни, але в межах однієї географічної локалізації (у нашому випадку – відділення). За такою схемою санаторно-курортні підприємства краще взаємодіють зі споживачами послуг, завдяки швидкій реакції у взаємодії локальних підрозділів виробництва, збуту, маркетингу зі споживачами.

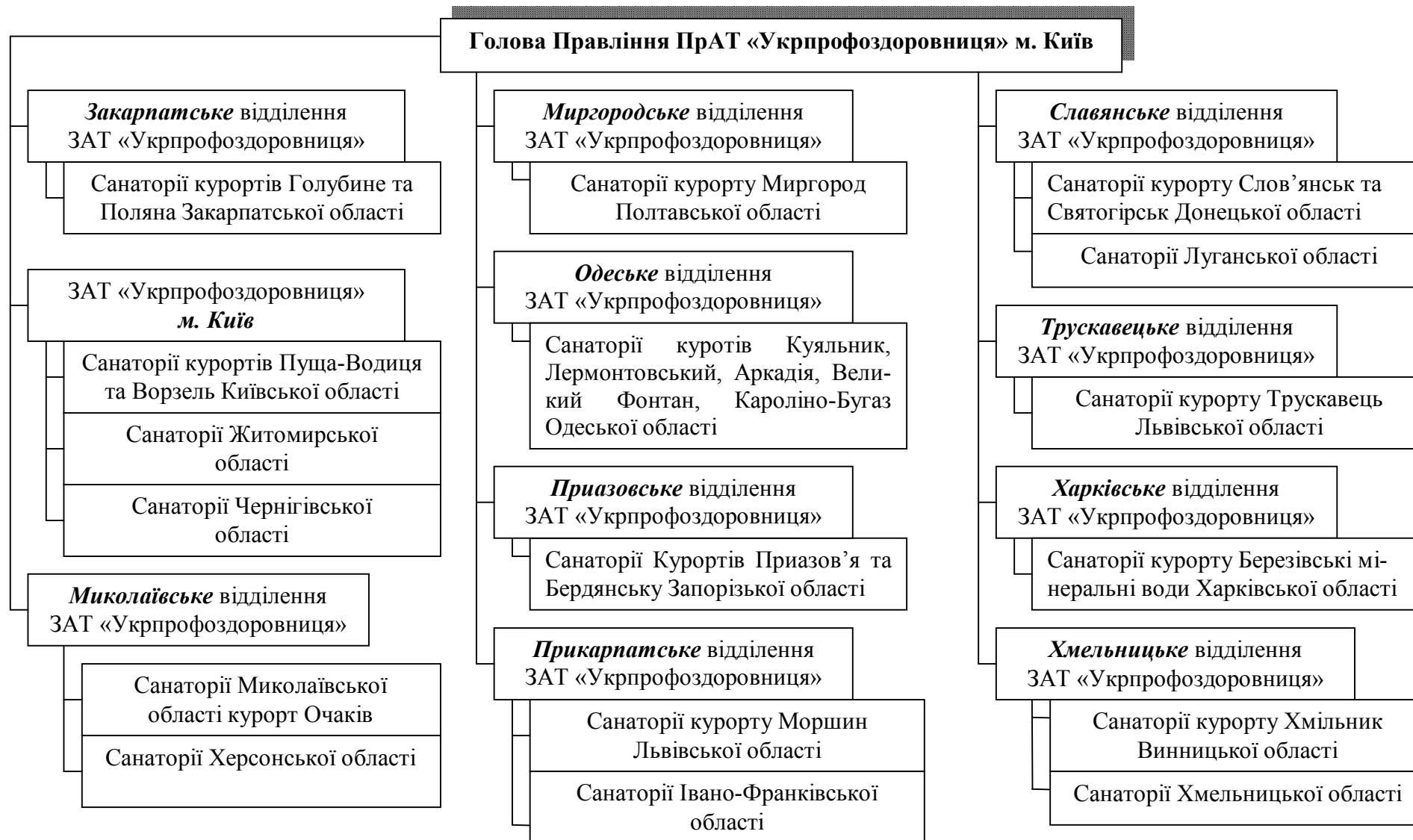


Рисунок 2.8 – Дивізіональна структура управління санаторно-курортними закладами на прикладі ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» (складено на основі [66])

Кожний дивізіон (санаторно-курортні підприємства певного регіону) може виступати як окреме джерело отримання прибутку, унаслідок чого можливо швидше реагувати на зміни, що відбуваються у зовнішньому середовищі, адаптуватися до мінливих умов.

Підсумовуючи організаційно-господарську структуру управління санаторно-курортних закладів, варто зазначити, що не існує універсального рішення щодо запровадження певної моделі в менеджменті підприємства, ураховуючи всі ринкові ситуації та умови, що створює зовнішнє середовище. Організація системи менеджменту всередині санаторно-курортних підприємств – це постійний процес удосконалення внутрішніх взаємозв'язків та процесів. У сучасних умовах тільки розпочато етап винайдення нових моделей організаційних структур, а точніше удосконалення та універсалізація вже існуючих, що зможуть динамічно й автономно реагувати на зміни в зовнішньому середовищі. Оптимальною можна вважати таку організаційну структуру, яка дасть змогу санаторно-курортному підприємству динамічно реагувати на зміни чи коливання в зовнішньому середовищі й ефективно взаємодіяти з ним.

## 2.4 Реалізація функцій управління в санаторно-курортних закладах

У сучасному менеджменті розрізняють загальні та спеціальні управлінські функції. До загальних функцій управління належать планування, організація, мотивація, контроль і координація. Усі ці функції перебувають у постійній взаємодії та взаємозв'язку, як зображено на рисунку 2.8.

**Планування** для вітчизняних підприємств є однією з найбільш розроблених функцій, виходячи з традицій планової економіки радянського періоду. Однак планування в ринковому середовищі має відрізнятися гнучкістю та націленістю на досягнення кінцевого результату.

У санаторно-курортних організаціях розрізняють кілька типів планів, залежно від обраного критерію. За критерієм часу виокремлюють плани:

- довгострокові (перспективні, стратегічні);
- середньострокові (від року до трьох років);
- короткострокові (оперативні – на період менше року).

За критерієм змісту плани можуть бути *загальними* та *спеціальними*.

Будь-якій організації, зокрема курортній, необхідно мати стратегічні цілі та шляхи їх досягнення (*стратегічний* план). Якщо цей план конкретизований у вигляді набору заходів за роками, то це *перспективний* (довгостроковий) план розвитку санаторію на певний період (наприклад, на п'ять років). Вітчизняна практика періоду ринкових реформ показала всю складність такого планування на довгостроковий період. Водночас досвід ринково-розвинених країн свідчить про те, що 90 % фірм, що зійшли з ринку, не мали перед собою чітких цільових орієнтирів.

Тому будь-яка курортна організація повинна мати чітко сформульовані цілі (зокрема місію) на декілька років вперед і головні напрями їх досягнення, із зазначенням залучених ресурсів.

У таблиці 2.4 наведено класифікацію цілей діяльності санаторно-курортного підприємства, на основі яких може бути сформульована його місія.

Отже, згідно з даними таблиці 2.4 серед головних цілей санаторно-курортного підприємства виокремлюють: соціальні, економічні, екологічні, науково-технічні та іміджеві.

Також зазначимо, що цілі діяльності санаторно-курортних підприємств тісно пов'язані з суспільними функціями рекреації. Класифікація суспільних функцій рекреації наведена в додатку Д.

Для бюджетних оздоровниць такий перспективний план обов'язково має бути опрацьований із вищим рівнем керівництва. У цьому разі до плану зазвичай включають інвестиції в матеріально-технічну базу (будівництво нових спальних корпусів, розвиток медичної інфраструктури), підвищення кваліфікації кадрів, заходи з розвитку додаткових послуг, допоміжних підрозділів і вдосконалення управління.

Таблиця 2.4 – Класифікація цілей діяльності санаторно-курортного підприємства (складено на основі [96])

Цілі	
1	2
Локальні	Глобальні
Соціальні	
Підвищення якості санаторно-курортних послуг. Задоволення потреб споживачів. Розвиток працівників, навчання, підвищення кваліфікації. Соціальна допомога працівникам. Поліпшення умов праці. Розвиток корпоративної культури	Підвищення якості життя населення. Зниження захворюваності населення країни. Забезпечення зайнятості населення регіону. Соціально-культурний розвиток населення регіону. Збереження культурної спадщини. Активізація уваги зарубіжних відпочиваючих до визначних пам'яток країни
Економічні	
Одержання максимально можливого прибутку. Забезпечення підвищення конкурентоспроможності. Економія всіх видів ресурсів. Ефективність підвищення якості послуг. Створення сприятливого іміджу підприємства. Завоювання більшої частки ринку	Розвиток економіки регіону. Досягнення високої конкурентоспроможності регіону на міжнародному рівні. Сприяння розвитку суміжних галузей. Задоволення попиту гідною пропозицією. Залучення зовнішніх інвестицій

Продовження таблиці 2.4

1	2
Екологічні	
Дбайливе використання природно-лікувальних ресурсів. Збереження природних ресурсів. Введення екологічно безпечних Технологій. Поліпшення облаштування території санаторію	Збереження та поліпшення стану навколишнього середовища. Збереження рекреаційних ресурсів регіону
Науково-технічні, інноваційні	
Пропонування нових видів санаторно-курортних послуг. Розвиток інноваційної матеріально-технічної бази	Сприяння розвитку інноваційного потенціалу країни
Іміджеві	
Створення позитивного іміджу санаторно-курортного закладу за рахунок високої якості обслуговування рекреантів та дбайливого ставлення до персоналу	Створення позитивного іміджу курорту, підвищення його конкурентоспроможності як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринку

Річний фінансово-господарський план будується за традиційною схемою: заходи, об'єднані в блоки за напрямками, терміни виконання, відповідальні за виконання та виконавці, потреба в ресурсах (насамперед фінансових).

Однак для комерційних оздоровниць головні плановані показники потрібно визначати в двох–трьох варіантах (сприятливий – несприятливий; оптимістичний – реалістичний – песимістичний), тобто задіяти метод сценаріїв. У цьому разі процес планування відбувається знизу вгору та вимагає злагодженої роботи всіх управлінських структур санаторію.

Вихідні показники для планування задаються службою маркетингу, яка має сформулювати прогноз зі збуту в декількох пропонованих випадках в абсолютному та грошовому вираженні з розбиттям за кварталами й номенклатурі послуг. Зазвичай, на практиці використовують метод «від досягнутого», з коригуванням на прогнозовані зміни (поява нових партнерів, зміна політичної та економічної кон'юнктури тощо).

Паралельно бухгалтерія готує звіт за витратами минулого періоду, на підставі якого планово-економічний відділ складає прогноз за витратами й формує базову ціну путівки, з урахуванням категорії розміщення та спектру базових послуг. При цьому в прогноз витрат вносять зміни на підставі пропозицій підрозділів і вказівок керівництва. Далі, відділ маркетингу визначає цінову політику й політику знижок і готує прайс-лист для роботи з партнерами.

Приблизний перелік планованих показників комерційної оздоровниці наведений в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Перелік показників комерційної оздоровниці, які підлягають плануванню

Показники	1 рік	2 рік	3 рік
Кількість реалізованих ліжко-днів, тис. ліжко-днів			
Кількість обслугованих рекреантів, осіб			
Середньорічний коефіцієнт завантаження оздоровниці, %			
Кількість реалізованих путівок, одиниць			
Виручка від реалізації путівок, тис. грн			
Собівартість реалізації путівок, тис. грн			
Кількість реалізованих курсівок, одиниць			
Виручка від реалізації курсівок, тис. грн			
Собівартість реалізації курсівок, тис. грн			
Прибуток від операційної діяльності, тис. грн			
Середньооблікова чисельність персоналу, осіб			
Кількість обслугованих рекреантів у розрахунку на одного співробітника			

На сьогодні не лише комерційні, а й бюджетні оздоровниці надають перевагу складанню зазначених вище показників для планування операційної діяльності.

Розподіл заходів річного плану за кварталами та в розрізі підрозділів становить зміст *поточних планів*.

*Спеціальні плани* мають два основних різновиди. Перший – це *функціональні плани* (маркетинговий, поточного та капітального ремонту, фінансовий, благоустрою, лікувально-профілактичної роботи тощо).

Іншим різновидом спеціального плану є *бізнес-план*. Його не потрібно плутати з середньостроковим і довгостроковим плануванням, оскільки основною метою бізнес-плану є обґрунтування реалізації конкретного інвестиційного проекту (зазвичай для отримання коштів під його реалізацію). Складається такий план за традиційною схемою, представленої в численних спеціальних інструкціях, і не має будь-якої галузевої специфіки.

**Організація** – передбачає проведення заходів щодо виконання намічених планів. Як функція, організація включає в себе два основних елементи:

- формування організаційної структури;
- розподіл відповідальності та повноважень.

Особливостям формування організаційної структури санаторно-курортних закладів був присвячений попередній підрозділ цієї теми.



Зазначимо лише, що елементами структури є окремі співробітники, служби та інші ланки апарату управління, а відношення між ними підтримуються завдяки зв'язкам, які прийнято поділяти на горизонтальні та вертикальні, лінійні й функціональні.

**Мотивація** є управлінською функцією, спрямованою на спонукання виконавців до діяльності з досягнення цілей організації.

У цій функції виокремлюють два складники: матеріальний і соціальний.

Під *матеріальним* складником розуміють розмір заробітної плати грошовому вираженні, а також розмір грошових премій.

В організаціях санаторно-курортної сфери застосовують такі форми оплати праці: тарифну, відрядну, відрядно-преміальну. Найпоширенішою (особливо в бюджетних оздоровницях) є тарифна система оплати праці. Додатково до встановлених ставок можуть проводитися різні доплати (за медичний стаж, за тривалість роботи в галузі – для галузевих оздоровниць тощо). Крім того, у річний фонд оплати праці зазвичай включається преміальний фонд і фонд матеріальної допомоги.

У зв'язку з невисокими ставками заробітної плати в галузі широко практикується сумісництво із залученням як внутрішніх, так і зовнішніх сумісників.

Комерційні оздоровниці менш регламентовані в цій сфері та можуть встановлювати форми та розміри заробітної плати самостійно, керуючись власними вимогами й можливостями. Зазвичай в комерційних оздоровницях застосовують поділ зарплати на два складники: базову заробітну плату (зазначену в контракті та гарантовану для виплати) та додаткову, прив'язану до обсягу завантаження підприємства та конкретного працівника. Більше можливостей для варіювання оплатою праці комерційні оздоровниці мають і у зв'язку з утворенням фондів матеріального стимулювання.

*Соціальний* складник мотиваційної функції включає різні негрошові блага: доставку співробітників на роботу власним транспортом, страхування, надання безоплатних медичних послуг, проведення різних корпоративних заходів, нагородження цінними подарунками з нагоди різних дат, присвоєння почесних звань та нагород тощо.

**Контроль** є дуже важливою в сучасних умовах функцією управління. Контролювальну функцію зобов'язані виконувати керівники всіх ланок управління оздоровниці. Для ефективного виконання контролювальної функції в курортному закладі мають бути чітко визначені контрольовані показники для кожної служби й закладу загалом. Це можливо тільки за наявності спеціально організованого обліку, який отримав назву *управлінського обліку*. Це внутрішній контур обліку, організований оздоровницею самостійно, і здійснюється тільки для цілей керівництва. Для ведення в санаторіях управлінського обліку розроблені спеціальні програмні продукти (GLOBAL, Градієнт тощо). Як свідчить практичний досвід їх використан-

ня, доцільним є інтегрувати пакети цих програм в єдину інформаційну систему оздоровниці.

**Координація** є функцією, необхідною для здійснення спільної діяльності всіх служб і кожного працівника. Вона є прерогативою передусім вищого керівництва.

Певне координувальне навантаження несуть описані вище плани роботи. Іншою популярною формою координації є адміністративні засідання й наради зі спеціальних питань, де досягається згладжування суперечностей та вироблення спільних рішень.

До **спеціальних функцій управління** належать такі функції, як виробнича, маркетингова, фінансова, кадрова, постачальна тощо.

Виробнича функція в санаторно-курортних закладів полягає в наданні курортних послуг, маркетингова – передбачає заходи щодо організації збуту курортного продукту та забезпечення відповідності його якості вимогам ринку, кадрова включає в себе весь спектр роботи з персоналом, фінансова пов'язана з плануванням, обліком і фінансовим забезпеченням діяльності санаторію.

### Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення поняття «управління».
2. Охарактеризуйте головні галузеві ознаки курортної справи.
3. Які рівні управління курортною справою (санаторно-курортним комплексом) існують в Україні?
4. Охарактеризуйте вертикаль громадського та корпоративного управління курортною справою.
5. Які завдання виконують органи регіонального рівня управління курортною справою та які функції вони виконують?
6. Визначте функції менеджерів мікрорівня управління курортною справою.
7. Наведіть приклади громадських організацій, пов'язаних з розвитком курортно-рекреаційної діяльності в Україні.
8. Охарактеризуйте склад контрагентів, які беруть участь у створенні та розповсюдженні санаторно-курортного продукту та їхніх функцій.
9. Яку назву має головний державний орган управління курортами та туризмом на сьогодні?
10. Охарактеризуйте типізацію санаторно-курортних і оздоровчих підприємств.
11. Поясніть різницю між санаторно-курортними та оздоровчими закладами.
12. Наведіть приклади спеціалізованих санаторіїв для лікування певних захворювань.
13. Які особливості мають клінічні санаторії?
14. Охарактеризуйте санаторно-курортні підприємства за формою власності.

15. Дайте визначення поняття «організаційна структура управління».
16. Охарактеризуйте лінійно-функціональну організацію управління санаторно-курортним закладом.
17. Які документи регламентують розподіл повноважень і відповідальності в санаторно-курортних закладах?
18. Які основні управлінські блоки (підрозділи) має санаторій?
19. Охарактеризуйте ієрархію підпорядкованості підрозділів та посадових осіб – лінійних керівників у санаторії?
20. У чому полягає особливість організації розміщення в санаторіях?
21. Поясніть необхідність подвійного підпорядкування служб харчування та розважального сектору.
22. Охарактеризуйте особливості організаційної структури управління в курортних готелях.
23. Назвіть причини, через які дитячі санаторно-курортні заклади мають найскладнішу організаційну структуру управління.
24. Охарактеризуйте структури управління в базах і будинках відпочинку.
25. У чому полягає особливість дивізійної структури управління санаторно-курортними закладами?
26. Які функції управління реалізуються в санаторно-курортних закладах?
27. Охарактеризуйте класифікацію цілей діяльності санаторно-курортного підприємства.
28. Визначте показники комерційної оздоровниці, які підлягають плануванню.
29. Охарактеризуйте різновиди спеціальних планів санаторно-курортних підприємств. Які підрозділи оздоровниці мають їх складати?
30. Які види мотивації ви знаєте?
31. Охарактеризуйте особливості здійснення функцій контролю та координації в санаторно-курортних закладах.
32. Які функції управління належать до спеціальних?

### ТЕМА 3 ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

#### 3.1 Нормативно-правове забезпечення санаторно-курортної діяльності в Україні

Однією з важливих умов розвитку вітчизняного санаторно-курортного комплексу є правове забезпечення курортної діяльності, яке відповідало б його значущості для вирішення економічних, соціальних, екологічних та інших проблем.

Правову засаду здійснення курортної діяльності становлять безліч нормативних актів, які регулюють весь спектр відносин, властивих їй, з яких значна частка припадає на норми господарського та екологічного законодавства з урахуванням господарського характеру такої діяльності та залежності її від наявності та стану природно-рекреаційного потенціалу. Водночас саме господарсько-правове та еколого-правове регулювання санаторно-курортної діяльності відзначається складністю, суперечливістю і незавершеністю, що стримує її розвиток.

Останніми роками прийнято низку нових нормативних актів, внесені через трансформаційні зміни і доповнення до чинного законодавства, що свідчить про розуміння на всіх рівнях влади необхідності вирішення господарсько-правових та еколого-правових питань у сфері рекреації. Але за відсутності загальної концепції правового регулювання господарських і екологічних відносин у цій сфері практика вирішення окремих питань у законодавстві не здатна істотно змінити її стан.

*Правове регулювання* – це діяльність держави (уповноважених органів) із видання юридичних норм поведінки людей, обов’язкових для виконання, яка підтримується громадською думкою та забезпечується можливостями державного апарату. *Предметом* правового регулювання є методичні і прикладні аспекти функціонування управлінських інститутів, формалізації відносин, які складаються в процесі вирішення суспільних і приватних проблем. *До форм* правового регулювання належать: Конституція України, укази Президента, підзаконні правові нормативні акти [63, с. 131].

Різноманіття засобів впливу державного регулювання на санаторно-курортну діяльність можна класифікувати на прямі й непрямі засоби [3, с. 101]. До *прямих* засобів віднесемо законодавче регулювання санаторно-курортної діяльності та її зовнішнього середовища та пряме фінансування інфраструктури об’єктів санаторно-курортної сфери та інфраструктури курортів загалом. *Непрямий* вплив здійснюється через регулювання всіх галузей економіки країни.

В Україні за період незалежності було розроблено низку нормативно-законодавчих актів, що визначають певні умови регулювання діяльності санаторно-курортної сфери (рис. 3.1).



Рисунок 3.1 – Нормативно-правове забезпечення регулювання санаторно-курортної сфери

Як зображено на рисунку 3.1 усі нормативно-правові акти, які регулюють розвиток санаторно-курортної сфери, можна розподілити на ті, що чинять безпосередній вплив на зазначену галузь, і ті, що чинять опосередкований вплив.

До нормативно-правових актів *безпосереднього впливу* на галузь можна віднести Закони України, Укази Президента України та Постанови і Розпорядження Кабінету міністрів України (зокрема Постанови й Розпорядження фахових міністерств, а саме Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства економічного розвитку і торгівлі України). Зазначені документи становлять основу спеціального (вузькопрофільного) нормативно-правового забезпечення.

Серед нормативно-правових актів *опосередкованого впливу* на галузь можна виокремити Кодекси України та Державні стандарти України, оскільки вони частково регламентують діяльність закладів санаторно-курортної сфери, частково – діяльність інших підприємств господарського комплексу України. Наприклад, положення Водного кодексу України обов'язкові для виконання як всіма економічними суб'єктами курортної діяльності, так і підприємцями у сфері сільського господарства, торговельного мореплавства, економічними суб'єктами, які займаються промисловим виловом риби тощо.

Державні стандарти України, наведені на рисунку 3.1, мають переважно безпосередній вплив на економічних суб'єктів курортної діяльності, однак існує безліч державних стандартів, які регламентують діяльність як санаторно-курортних, так і підприємств інших сфер діяльності. Наприклад, такі стандарти, як:

- НАПБ А.01.001-2014 Правила пожежної безпеки в Україні;
  - ДСТУ-Н Б В.1.1-35:2013 Настанова з розрахунку рівнів шуму в приміщеннях і на територіях;
  - ДБН В.2.2-9-99 Будинки і споруди.
  - ДСанПіН 2.2.4-171-10 Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною – однаково регулюють діяльність як рекреаційних підприємств, так і, наприклад, будівельних, торговельних підприємств, навчальних закладів, підприємств побутового обслуговування тощо.
- Отже, можна дійти висновку про опосередкований вплив зазначених стандартів на санаторно-курортну сферу загалом.

Головним законом в Україні є Конституція. У ній закріплена сукупність суспільних цінностей, яка формує політико-економічну систему, окреслено відносини держави й людини, держави та громадянина, їхні права та взаємні обов'язки.

У головному Законі України велика увага приділена соціальній орієнтації держави. Так, у ст. 49 зазначається, що «охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [1]. Звідси випливає, що політика в соціальній сфері вимагає

високого ступеня активності держави у галузі відновлення здоров'я населення та забезпечення високої якості життя своїх громадян.

Конституцією також визначено, що об'єктами права власності Українського народу є земля, її надра, атмосферне повітря, водні та інші природні ресурси, від імені народу права власника здійснюють органи державної влади та органи місцевого самоврядування (ст. 13) [1]. Зважаючи на це, можна зробити висновок, що об'єктами права власності народу є й природні лікувальні ресурси – невід'ємний складник курортів.

Постановою Кабінету Міністрів України № 1499 від 11 грудня 1996 р. затверджено перелік 121 родовища мінеральних вод та 59 грязьових родовищ, які мають статус природних лікувальних ресурсів [17]. Згідно з постановою Кабінету Міністрів України № 456 від 7 березня 2000 р., родовища мінеральних підземних вод диференційовані на три категорії: унікальні, рідкісні мінеральні підземні води та всі інші [18]. Але не встановлено критерії віднесення родовищ до вищевказаних категорій.

Головним у правовому регулюванні державного управління курортами є Закон України «Про курорти», який визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади розвитку курортів в Україні, спрямований на забезпечення використання з метою лікування та оздоровлення людей природних лікувальних ресурсів, природних територій України, які є надбанням народу України, та їх охорони [3].

Цей закон містить положення про будову курортів, надання земельних ділянок для створення або розширення курорту, регламентує діяльність щодо використання природних територій для діяльності курортів.

На виконання положень закону «Про курорти» протягом 2001–2003 рр. було прийнято низку нормативно-правових актів у сфері курортів. Постановами та розпорядженнями Кабінету Міністрів України затверджено: Порядок розроблення та затвердження спеціальних методик щодо економічного обґрунтування проектів розвитку курортів та економічної оцінки їх природних лікувальних ресурсів, Положення про Державний департамент з питань діяльності курортів, Порядок створення і ведення Державних кадастрів природних територій курортів і природних лікувальних ресурсів, Загальне положення про санаторно-курортний заклад, Концепція розвитку санаторно-курортної галузі. Також було прийнято Указ Президента України «Про деякі заходи щодо розвитку туристичної та курортно-рекреаційної сфер України» та наказ Міністерства охорони здоров'я України, яким затверджено Порядок здійснення медико-біологічної оцінки якості та цінності природних лікувальних ресурсів, визначення методів їх використання [97].

У лютому 2007 р. вийшов Указ Президента України «Про заходи щодо розвитку туризму і курортів в Україні», згідно з яким 2008 р. було оголошено роком туризму та курортів і надано завдання Кабінету Міністрів України розробити й затвердити Стратегію сталого розвитку туризму та курортів в Україні.

На сьогодні діє Стратегія розвитку туризму та курортів на період до 2026 року, яка затверджена Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 168-р від 16 березня 2017 р. [27]. Однак питання розвитку курортів цей документ практично не висвітлює, концентруючи увагу виключно на проблемах та перспективах розвитку туризму.

Перелік населених пунктів, віднесених до курортних, затверджений Постановою Кабінету Міністрів України № 1391 від 15 грудня 1997 р., визначає в Україні 241 курортний населений пункт зокрема 27 міст, 76 селищ і 138 сіл [19]. До органів, які здійснюють управління у сфері діяльності курортів, законодавством належать: Кабінет Міністрів України, спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади з питань діяльності курортів – Департамент туризму та курортів, обласні державні адміністрації, Київська міська державна адміністрація, інші органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування.

Органи місцевого самоврядування є органами, які мають управляти курортами місцевого значення. Але законом не встановлено, які органи уповноважені управляти курортами державного значення, як і взагалі не тлумачиться зміст поняття «управління курортами». Закон України «Про курорти» також не встановлює відповідальності органів, які здійснюють управління у сфері діяльності курортів. Не визначені законом й повноваження районних державних адміністрацій у сфері курортів, хоча постановою Кабінету Міністрів України № 727 від 15 травня 2003 р. було затверджено типові положення про відділ із питань туризму та курортів саме районної державної адміністрації [97].

Особливістю курортної сфери є її взаємозв'язок з багатьма галузями, адже проблеми курортів взаємопов'язані з вирішенням земельних, природоохоронних, медичних та інших питань, тому до форм правового регулювання курортами належать Водний, Земельний, Лісовий кодекси, Кодекс про надра та інші.

Так, Водний кодекс України [38] визначає порядок віднесення водних об'єктів до категорії лікувальних та наголошує на використанні лікувальних водних об'єктів виключно в лікувальних і оздоровчих цілях.

Згідно із Земельним кодексом України [39], курортні й лікувально-оздоровчі зони як території, що мають природні лікувальні фактори, сприятливі для профілактики і лікування, належать до земель оздоровчого призначення, які перебувають у державній власності й не можуть передаватися в колективну та приватну власність. Отже, Земельний кодекс встановлює, що правовими формами використання курортних, лікувально-оздоровчих зон і курортів може бути лише користування, зокрема оренда.

Основою розвитку курортів має стати еколого-економічне природо-користування, яке передбачає сукупність методів державного контролю та регулювання збереження, ефективного використання, економічного відтворення унікальних природних лікувальних ресурсів України [83]. Між тим, неврегульованими на законодавчому рівні залишаються питання моніторингу природних лікувальних ресурсів і природних територій курор-



тів. Сьогодні моніторинг природних лікувальних ресурсів і природних територій курортів фактично не ведеться, окрім тих курортів, на яких знаходяться гідрогеологічні режимно-експлуатаційні станції ПрАТ «Укрпрофоздоровниця», що здійснюють спостереження за станом бальнеологічних ресурсів.

Окрім розглянутих нормативно-правових актів, які чинять прямий та опосередкований вплив на регулювання розвитку санаторно-курортної сфери, можна виокремити **спеціальне (вузькопрофільне)** нормативно-правове забезпечення. До нього можна віднести нормативно-правові акти, які, наприклад, регламентують право на безкоштовне отримання санаторно-курортного лікування (рис. 3.2).

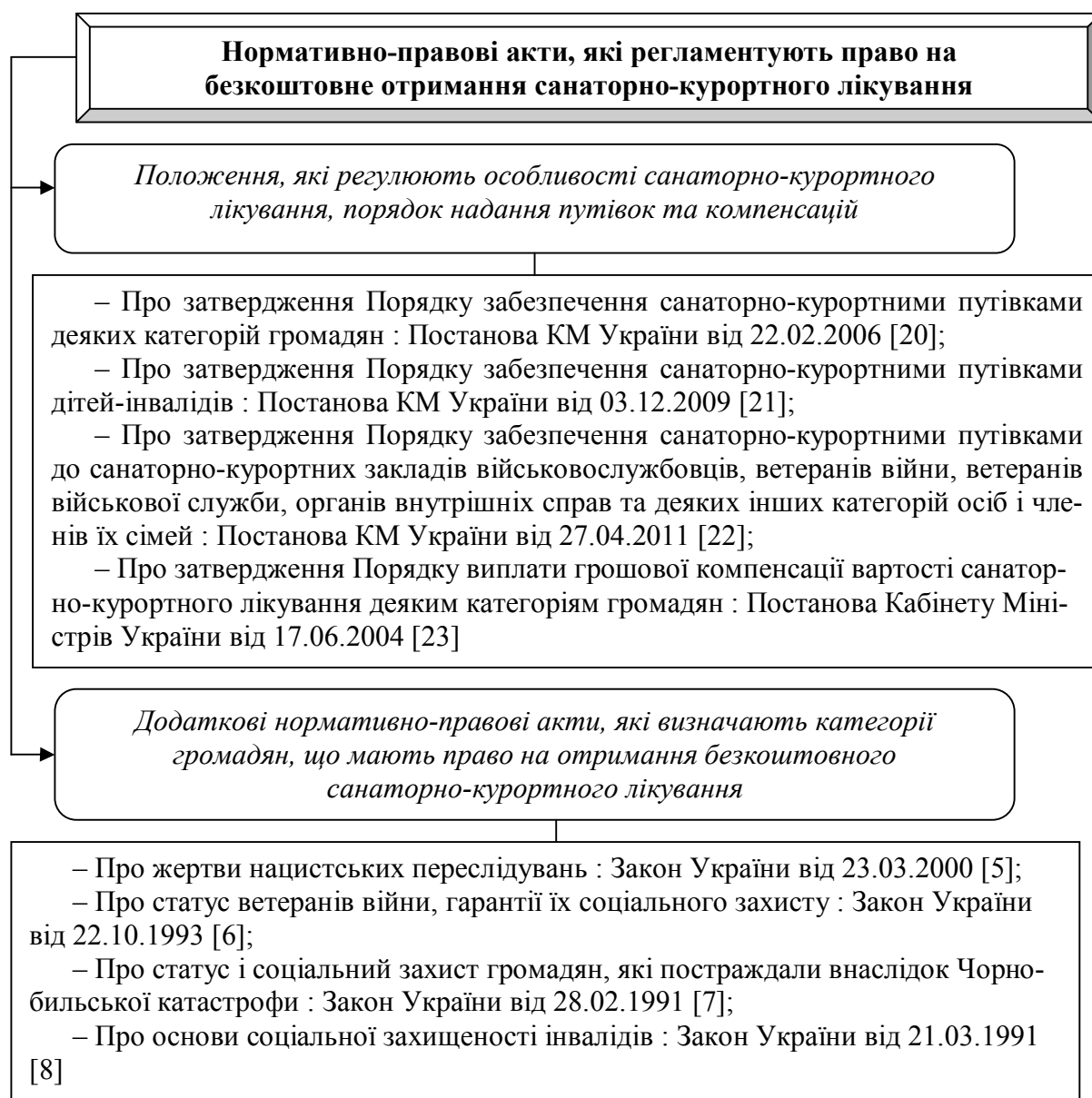


Рисунок 3.2 – Нормативно-правові акти, які регламентують право на безкоштовне отримання санаторно-курортного лікування (як приклад спеціального (вузькопрофільного) нормативно-правового забезпечення у санаторно-курортній сфері)

Критерієм віднесення зазначених на рисунку 3.2 нормативно-правових документів до спеціальних (вузькопрофільних) у санаторно-курортній сфері є те, що всі вони стосуються зазначеної сфери і, при цьому, визначають окремі випадки безкоштовного доступу до послуг курортного оздоровлення певних категорій громадян (див. перший блок документів на рис. 3.2).

Другий блок документів не стосується безпосередньо до санаторно-курортної сфери, однак окремі положення наведених законів, також як і в першому блоці, регулюють можливість безкоштовного доступу до послуг курортного оздоровлення певних категорій громадян.

Відслідковувати зміни в спеціальному (вузькопрофільному) нормативно-правовому забезпеченні доволі складно, як фахівцям із санаторно-курортної справи, так і пересічним громадянам. У таких випадках необхідна допомога компетентних юридичних консультантів або фахівців із санаторно-курортної сфери, які за родом своєї діяльності постійно мають справу з льотним контингентом.

Отже, у темі наведено форми правового регулювання діяльності у сфері курортів, проаналізовано повноваження органів державної влади й органів місцевого самоврядування щодо використання та охорони курортів. Зважаючи на неврегульованість багатьох питань щодо використання та охорони курортів чинним законодавством, необхідно здійснювати заходи щодо вдосконалення правового регулювання діяльності у сфері курортів шляхом внесення змін до існуючих та розробки нових нормативно-правових актів, установлення відповідальності органів державної влади й органів місцевого самоврядування у сфері діяльності курортів.

### **3.2 Ліцензування, стандартизація та сертифікація санаторно-курортних послуг**

#### **3.2.1 Ліцензування санаторно-курортних послуг**

Наукова література визначає сферу рекреації як сукупність підприємств, установ та організацій, що здійснюють діяльність з організації, виробництва та надання рекреаційних послуг як послуг із забезпечення та відновлення здоров'я, задоволення культурних, інтелектуальних потреб, підтримці духовного та фізичного розвитку особистості, нормальної життєдіяльності людини. *Рекреаційною послугою* пропонується вважати санаторно-курортну, туристичну, фізкультурно-оздоровчу, культурно-розважальну діяльність, що об'єднані однією метою [93].

За своєю сутністю рекреаційні послуги неоднорідні, хоча мають багато спільного. Через відсутність законодавчого визначення рекреаційних послуг, рекреаційні підприємства мають зазначати в своїх установчих документах конкретні види таких послуг, деякі з яких належать до видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню.

*Ліцензування* – засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів.

*Ліцензія* – документ, що надається органом ліцензування, на право провадження суб'єктом господарювання визначеного ним виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, в електронному вигляді (запис про наявність ліцензії у такого суб'єкта господарювання в Єдиному державному реєстрі юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців) або на паперовому носії.

*Основний сенс ліцензування* – захист споживача від неякісних продуктів і послуг у тих сферах, де ці послуги можуть становити небезпеку для його життя і здоров'я. Тому завданнями ліцензування медичної діяльності є попередження, виявлення та припинення порушень юридичною особою, його керівником та іншими посадовими особами, приватним підприємцем, його уповноваженими представниками вимог, які встановлені законодавством та іншими нормативно-правовими актами України. Відповідність претендента ліцензії цим вимогам є необхідною умовою для отримання ліцензії.

Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» № 1775-III від 01.06.2000 (в останній редакції № 222-VIII від 02.03.2015 Закон змінив назву: «Про ліцензування видів господарської діяльності» [9]).

Цей Закон регулює суспільні відносини у сфері ліцензування видів господарської діяльності, визначає виключний перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, встановлює уніфікований порядок їх ліцензування, нагляд і контроль у сфері ліцензування, відповідальність за порушення законодавства у цій сфері.

До функцій органів державної податкової служби, згідно із Законом України № 509-XII від 4.12.1990 «Про державну податкову службу в Україні» [10] (зі змінами та доповненнями), зокрема, віднесено здійснення контролю за наявністю ліцензій на здійснення деяких видів підприємницької діяльності.

Відповідно до ст. 7 Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» ліцензуванню підлягають такі види господарської діяльності:

- туроператорська діяльність;
- медична практика, до якої належать деякі напрями лікувально-оздоровчої діяльності в санаторно-курортних закладах;
- перевезення пасажирів, небезпечних вантажів та небезпечних відходів річковим, морським, автомобільним, залізничним та повітряним транспортом;
- міжнародні перевезення пасажирів та вантажів автомобільним транспортом та інші види діяльності.

До того ж у випадках, коли перевезення пасажирів та багажів здійснюється транспортом, що є у власності рекреаційного підприємства, ліцензуванню підлягає надання послуг з перевезення пасажирів та багажів відповідним видом транспорту.

Санаторно-курортна діяльність у багатьох країнах віднесена до туристської та ліцензується на умовах останньої. Вітчизняне законодавство не передбачає ліцензування такої діяльності, хоча деякі з напрямів її здійснення належать до медичної практики, а отже ліцензуються згідно з Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності». На жаль, ті види діяльності, які належать до санаторно-курортної, але не підпадають під визначення медичної практики, залишаються фактично поза контролем держави.

На підставі Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» Міністерством охорони здоров'я був виданий Наказ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» № 49 від 02.02.2011 [31]. Цей документ затверджує порядок ліцензування медичної діяльності, зокрема санаторно-курортних послуг.

Згідно з цим Законом, ліцензуванню підлягають не види медичної діяльності, а окремі роботи (послуги) при наданні зазначених вище видів медичної допомоги згідно з переліком (рис. 3.3). Так, санаторно-курортні послуги ліцензуються за кожною послугою, яка в них входить (терапія, кардіологія, клінічна лабораторна діагностика, фізіотерапія тощо).

Наведений на рисунку 3.3 перелік окремих видів медичної практики є неповним та включає переважно напрями медичної практики, які застосовуються в санаторно-курортних закладах.

Традиційними видами медичної практики є клінічна лабораторна діагностика, функціональна діагностика, фізіотерапія оскільки санаторно-курортні заклади виконують різноманітні дослідження та надають фізіотерапевтичні процедури.

Окремо представлений блок медичної практики, який застосовується щодо дітей. Отже, якщо санаторно-курортний заклад оздоровлює дорослий та дитячий контингент, то для здійснення медичної практики необхідно отримати окремо ліцензію, наприклад, за напрямом «Неврологія» та «Дитяча неврологія» тощо.

Незалежно від того, скільки видів медичної практики ліцензується на в санаторії, на підприємство видається єдина ліцензія без зазначення цих видів.

Якщо медичні фахівці надають послуги в якості фізичних осіб-підприємців, то їхня діяльність підлягає окремому ліцензуванню. Якщо такі фахівці входять до штату санаторно-курортних підприємств та не здійснюють зазначену діяльність на комерційній основі, то ліцензувати кожного окремого лікаря не потрібно.

Слід зазначити також, що діяльність у сфері народної та нетрадиційної медицини також ліцензується.

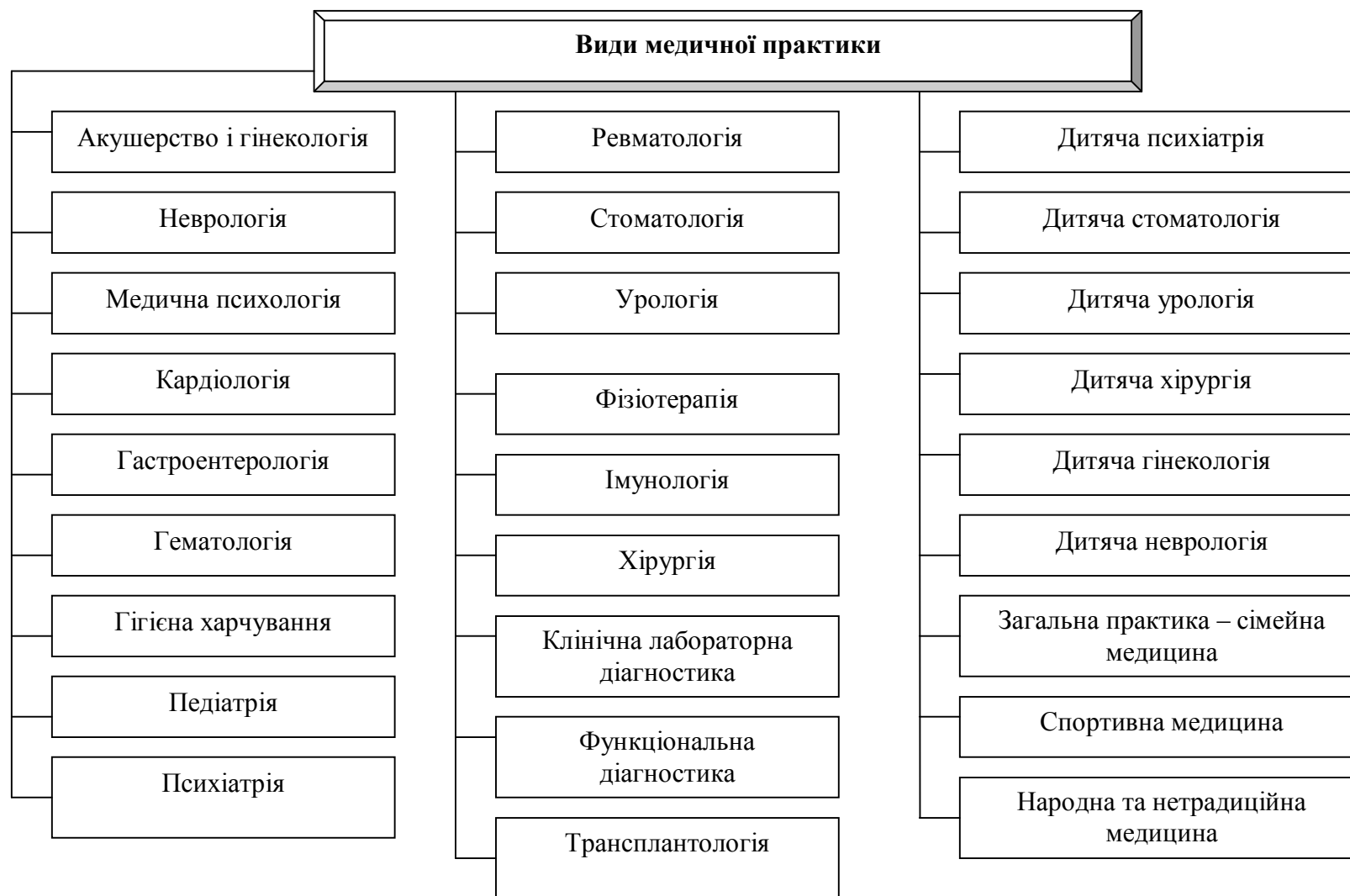


Рисунок 3.3 – Перелік окремих видів медичної практики згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики»

Ліцензує медичну діяльність *Ліцензійна комісія МОЗ України*.

Для отримання ліцензії санаторію необхідно мати в наявності:

- приміщення, що відповідають екологічним, санітарно-епідеміологічним, гігієнічним, протипожежним нормам і правилам;
- штат працівників (лікарів, середнього медичного персоналу, інженерів, техніків тощо), які мають професійну освіту, що підтверджується поданням відповідних документів на право заняття професійною діяльністю за фахом, і спеціальну підготовку, відповідну вимогам і характеру виконуваної роботи, – для юридичної особи;
- організаційно-технічні можливості й матеріально-технічне оснащення (зокрема обладнання та інструменти) для здійснення медичної діяльності.

Ліцензія видається на *термін*, зазначений здобувачем ліцензії в заяві, але не більше ніж на *5 років*.

Відповідно до Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» державний нагляд за додержанням органами ліцензування вимог законодавства у сфері ліцензування здійснює спеціально уповноважений орган з питань ліцензування – *Департамент управління та контролю якості медичних послуг* та його регіональні представництва шляхом проведення планових та позапланових перевірок.

*Планові* перевірки дотримання ліцензіатом ліцензійних умов проводяться не частіше одного разу на рік. На підставі наказу про перевірку оформлюється посвідчення на перевірку, яке підписується керівником або заступником керівника органу державного нагляду (контролю) і засвідчується печаткою. Перед початком здійснення перевірки голова комісії зобов'язаний пред'явити посвідчення про перевірку та документи, які засвідчують особи голови та членів комісії. Без посвідчення на перевірку здійснення планового заходу не можливе.

Суб'єкт господарювання має право не допускати комісію до перевірки, якщо вони не пред'явили цих документів.

*Позапланові* перевірки додержання ліцензійних вимог здійснюються лише на підставі письмової заяви (повідомлення) про порушення вимог законодавства у сфері ліцензування, або з метою перевірки виконання розпоряджень про усунення порушень органом ліцензування вимог законодавства у сфері ліцензування.

У разі недотримання ліцензіатом ліцензійних умов ліцензія на медичну практику може бути анульована.

Позапланові перевірки додержання ліцензійних вимог здійснюються лише на підставі письмової заяви (повідомлення) про порушення вимог законодавства у сфері ліцензування, або з метою перевірки виконання розпоряджень про усунення порушень органом ліцензування вимог законодавства у сфері ліцензування.

### 3.2.2 Стандартизація та сертифікація санаторно-курортних послуг

*Стандартизація* – це діяльність зі встановлення норм, правил і вимог до товарів та послуг з метою захисту інтересів споживачів і держави з питань якості продукції та послуг, забезпечення їх безпеки для життя і здоров'я людей, збереження навколишнього середовища.

На відміну від ліцензування, що має дозвільний характер, завданням сертифікації є підтвердження певного (заявленого) рівня продукції або послуг відповідності щодо обраного стандарту. Отже, *сертифікацією* називають процедуру оцінки та підтвердження відповідності послуги встановленим правилам (стандартам).

У цій системі проводиться як *обов'язкова*, так і *добровільна* сертифікація.

Робота з *обов'язкової* сертифікації готельних послуг та послуг харчування проводиться органами, акредитованими в системі УкрСЕПРО згідно з Правилами обов'язкової сертифікації готельних услуг.

Роботи в Системі УкрСЕПРО організовує Державний комітет України з питань технічного регулювання та споживчої політики – Держспоживстандарт України, який є Національним органом із сертифікації (раніше мав назву Держстандарт України).

Обов'язковій сертифікації підлягає продукція або послуги, зазначені в Переліку продукції, що підлягає обов'язковій сертифікації в Україні, затвердженого Наказом Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики № 28 від 1 лютого 2005 р. [32].

Цей документ містить перелік послуг, які підлягають *обов'язковій* сертифікації:

- 1) послуги готелів з ресторанами;
- 2) послуги готелів без ресторанів;
- 3) інші місця для короткочасного проживання, зокрема:
  - послуги молодіжних турбаз і гірських притулків;
  - послуги кемпінгів, в т. ч. площадки для автофургонів;
  - послуги дитячих і студентських літніх таборів
  - послуги центрів і будинків відпочинку;
  - *послуги курортних закладів оздоровчого характеру*;
  - послуги із надання спальних місць у спальних вагонах та інших транспортних закладах.

*Термін дії* сертифіката відповідності залежить від встановленої заявнику схеми сертифікації та може становити 1 рік, 3 роки, 5 років.

Не пізніше ніж за три місяці до закінчення строку дії сертифіката заявник подає нову заявку для отримання сертифіката на наступний період.

Схеми, які використовуються під час сертифікації послуг розміщення, наступні (рис. 3.4).

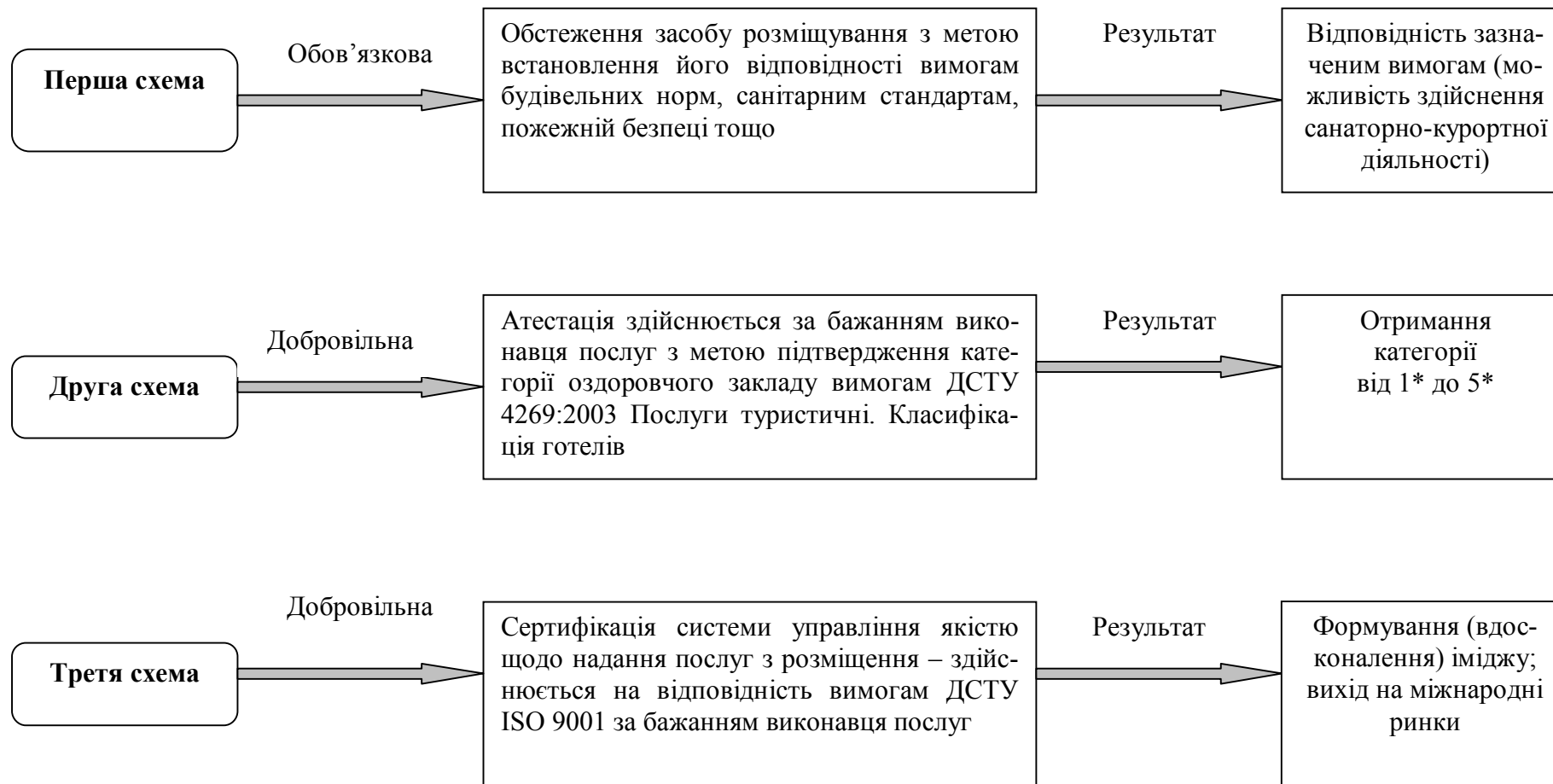


Рисунок 3.4 – Схеми, які використовуються під час сертифікації послуг розміщення



*Перша схема* – обстеження засобу розміщування з метою встановлення його відповідності вимогам ДСТУ 4268, ГОСТ 28681.3, ДСанПіН 5.5.5.23 (для дитячих оздоровчих закладів), ГОСТ 12.1.004, ДБНВ 2.2-9, СНиП 2.04.01, СанПіН 42-128-4690, СанПіН 42-123-5777, Правилам пожежної безпеки.

*Друга схема* – атестація готелю чи іншого засобу розміщування (далі – оздоровчого закладу) – здійснюється за бажанням виконавця послуг з метою підтвердження категорії оздоровчого закладу вимогам ДСТУ 4269:2003 Послуги туристичні. Класифікація готелів.

У цьому разі додатково до робіт, які проводяться під час проведення перевірки за попередньою схемою, здійснюється перевірка матеріально-технічної оснащеності, переліку надаваних послуг та кваліфікації персоналу, регламентованих для готелів заявленої категорії.

*Третя схема* – включає виконання перелічених вимог за першою та другою схемами. Додатково проводиться сертифікація системи управління якістю щодо надання послуг з розміщення, яка здійснюється на відповідність вимогам ISO 9001 за бажанням виконавця послуг.

ISO 9001 – міжнародний стандарт, який містить вимоги до системи менеджменту якості організації. Він є універсальним, застосовується до підприємств будь-якої форми власності, розміру, виду діяльності.

За цією схемою сертифікація здійснюється з метою забезпечення впевненості органу сертифікації послуг у тому, що:

- засіб розміщування здатен систематично надавати послуги, які задовольняють вимоги замовника та обов’язкові вимоги нормативних документів або додатково вимоги ДСТУ 4269:2003 до певної категорії;
- зорієнтований на підвищення задоволеності замовника завдяки результативному застосуванню системи, зокрема процесів для постійного поліпшення системи, а також забезпечення відповідності вимогам замовника та обов’язковим вимогам нормативних документів або додатково вимогам ДСТУ 4269:2003 до певної категорії.

### 3.2.3 Акредитація санаторно-курортних закладів

Згідно з положеннями статті 33 «Основ законодавства України про охорону здоров’я», громадянам України лікувально-профілактична допомога надається акредитованими закладами охорони здоров’я (далі – ЗОЗ), які мають відповідну ліцензію. З метою підвищення якості надання медичної допомоги населенню України та відповідно до статті 16 «Основ законодавства України про охорону здоров’я» [11] Кабінетом Міністрів України постановою від 15.07.1997 р. № 765 затверджено Порядок державної акредитації ЗОЗ [15].

Відповідно до положень зазначеної постанови, *державна акредитація* ЗОЗ (далі – акредитація) – це офіційне визнання статусу ЗОЗ, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, під-

твердження його відповідності встановленим критеріям та гарантії високої якості професійної діяльності.

Акредитації підлягають незалежно від форми власності всі ЗОЗ. Акредитація ЗОЗ проводиться *один раз на три роки*.

*Перша акредитація* закладу здійснюється не пізніше ніж через два роки від початку діяльності.

Акредитація ЗОЗ проводиться Головною акредитаційною комісією, що створюється при МОЗ, а також акредитаційними комісіями, що створюються при управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій [72].

Окремими наказами МОЗ затверджено критерії (стандарти) державної акредитації:

- 1) лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я;
- 2) санаторно-курортних закладів охорони здоров'я;
- 3) закладів служби крові;
- 4) центрів здоров'я.

Акредитацію санаторно-курортних закладів регламентує Наказ МОЗ України № 167 від 08.05.2002 «Про затвердження критеріїв державної акредитації санаторно-курортних закладів України» [34].

Цей документ встановлює наступні критерії державної акредитації:

1. Управління лікувальним закладом.
2. Кадри.
3. Організація роботи лікувального закладу.
4. Управління структурними підрозділами.

Оцінку санаторно-курортних закладів пропонується здійснювати за наступними критеріями (табл. 3.1, 3.2).

Таблиця 3.1 – Оцінка санаторно-курортних закладів згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження критеріїв державної акредитації санаторно-курортних закладів України» (1 варіант)

0 балів	3 бали
Невідповідність	Відповідність
...	...

Таблиця 3.2 – Оцінка санаторно-курортних закладів згідно з Наказом МОЗ України «Про затвердження критеріїв державної акредитації санаторно-курортних закладів України» (2 варіант)

0 балів	1 бал	2 бали	3 бали
Невідповідність	Мінімальна відповідність	Часткова відповідність	Повна відповідність
...	...	...	...

Під час акредитації потрібно дотримуватися таких послідовних етапів (рис. 3.5):



Рисунок 3.5 – Етапи державної акредитації санаторно-курортних закладів

1) подання до відповідної акредитаційної комісії заяви та обов'язкових документів, які додаються до заяви на проведення державної акредитації ЗОЗ;

2) експертиза поданих документів, яка здійснюється структурними підрозділами МОЗ України (у разі надходження документів до Головної акредитаційної комісії при МОЗ України), управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій (у разі надходження документів до акредитаційних комісій при вказаних органах охорони здоров'я);

3) формування експертних груп для експертизи відповідності ЗОЗ критеріям/стандартам державної акредитації;

4) експертизи відповідності ЗОЗ критеріям/стандартам державної акредитації;

5) прийняття рішення відповідною акредитаційною комісією щодо проведення акредитації та віднесення ЗОЗ до *відповідної категорії* (першої, другої, вищої категорії) або про відмову в цьому.

З урахуванням того, що санаторно-курортні заклади під час проведення акредитації оцінювалися за бальною шкалою, за результатами розрахунків отримані бали мають перераховуватися у відсотки.

*Вищу категорію* отримують СКУ за умови отримання 90–100 % за чотирма зазначеними критеріями (за умови наявності сертифіката про відповідність системи управління якістю вимогам стандарту ISO серії 9001);

*Першу категорію* – за умов отримання 85–100 % (без застосування стандарту ISO 9001);

*Другу категорію* – за умов отримання 70–84 %.

Характеристика стандарту ISO 9001 вже коротко наводилася раніше. Зазначимо лише підстави для його застосування в процесі акредитації закладів охорони здоров'я. Отже, цією підставою є Наказ МОЗ України «Про внесення змін до наказу МОЗ України «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [30], згідно якого «... вищу категорію отримують ... за умови наявності сертифіката про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, вимогам національного стандарту ДСТУ ISO серії 9000...» [30].

Отже, під час проведення акредитації будь-якого закладу охорони здоров'я необхідно враховувати специфіку його діяльності та рівень підпорядкування. При цьому особливу увагу потрібно звернути на те, що законодавство щодо врегулювання питань даної сфери постійно вдосконалюється.

При запровадженні обов'язкового соціального медичного страхування, коли у сфері охорони здоров'я з'явиться конкуренція, акредитація стане більш ніж важливим інструментом оцінки готовності ЗОЗ до роботи в нових умовах.

### **3.3. Федерація профспілок України та її діяльність щодо захисту прав працюючих громадян**

Після проголошення незалежності України 6 жовтня 1990 року було створено Федерацію незалежних профспілок України, яка стала правонаступницею Української республіканської ради профспілок. Декларацію про заснування Федерації підписали 25 республіканських галузевих профспілок та 24 регіональних міжсоюзних профоб'єднань. У листопаді 1992 року на II (позачерговому) з'їзді Федерації незалежних профспілок України було перейменовано у Федерацію профспілок України (далі – ФПУ).

Федерація професійних спілок України є найчисельнішим профспілковим об'єднанням в Україні. В її лавах нараховується понад 8 мільйонів членів профспілок. До складу ФПУ входить 43 всеукраїнських профспілок і 25 територіальних об'єднань організацій профспілок [103].

На рисунку 3.6 наведено види всеукраїнських профспілок України, на рисунку 3.7 – територіальні об'єднання організацій профспілок.

Велика кількість профспілкових організацій представлена промисловим комплексом: профспілка авіабудівників, працівників енергетики та промисловості, працівників вугільної галузі та інші.

Всеукраїнські профспілкові організації України			
Профспілка авіабудівників України	Профспілка працівників газових господарств України	Професійна спілка працівників культури України	Профспілка працівників освіти і науки України
Профспілка авіапрацівників України	Професійна спілка працівників геології, геодезії та картографії України	Профспілка працівників лісових галузей України	Профспілка працівників охорони здоров'я України
Профспілка працівників автомобільного транспорту та шляхового господарства України	Професійна спілка працівників державних установ України	Професійна спілка працівників лісового господарства України	Професійна спілка працівників Пенсійного фонду України
Профспілка працівників автомобільного та сільськогосподарського машинобудування України	Професійна спілка працівників енергетики та електротехнічної промисловості України	Профспілка машинобудівників та приладобудівників України	Професійна спілка працівників Промінвестбанку України
Профспілка працівників агропромислового комплексу України	Профспілка працівників житлово-комунального господарства, місцевої промисловості, побутового обслуговування населення України	Професійна спілка працівників машинобудування та металообробки Укр.	Професійна спілка працівників радіоелектроніки та України
Професійна спілка працівників атомної енергетики та промисловості України	Професійна спілка працівників зв'язку України	Професійна спілка трудящих металургійної та гірничодобувної промисловості України	Профспілка працівників рибного господарства України
Професійна спілка працівників будівництва і промисловості будівельних матеріалів України	Професійна спілка працівників зв'язку України	Професійна спілка працівників молодіжних житлових комплексів та комітетів місцевого самоврядування України	Українська професійна спілка працівників річкового транспорту
Всеукраїнська профспілка виробничників і підприємців України	Всеукраїнська профспілка працівників інноваційних і малих підприємств	Професійна спілка робітників морського транспорту України	Профспілка працівників соціальної сфери України
Профспілка працівників вугільної промисловості України	Професійна спілка працівників космічного та загального машинобудування України	Профспілка працівників нафтової та газової промисловості України	Всеукраїнська профспілка торгівлі
		Профспілка працівників оборонної промисловості України	Профспілка працівників хімічних та нафтохімічних галузей промисловості України

Рисунок 3.6 – Всеукраїнські профспілкові організації України

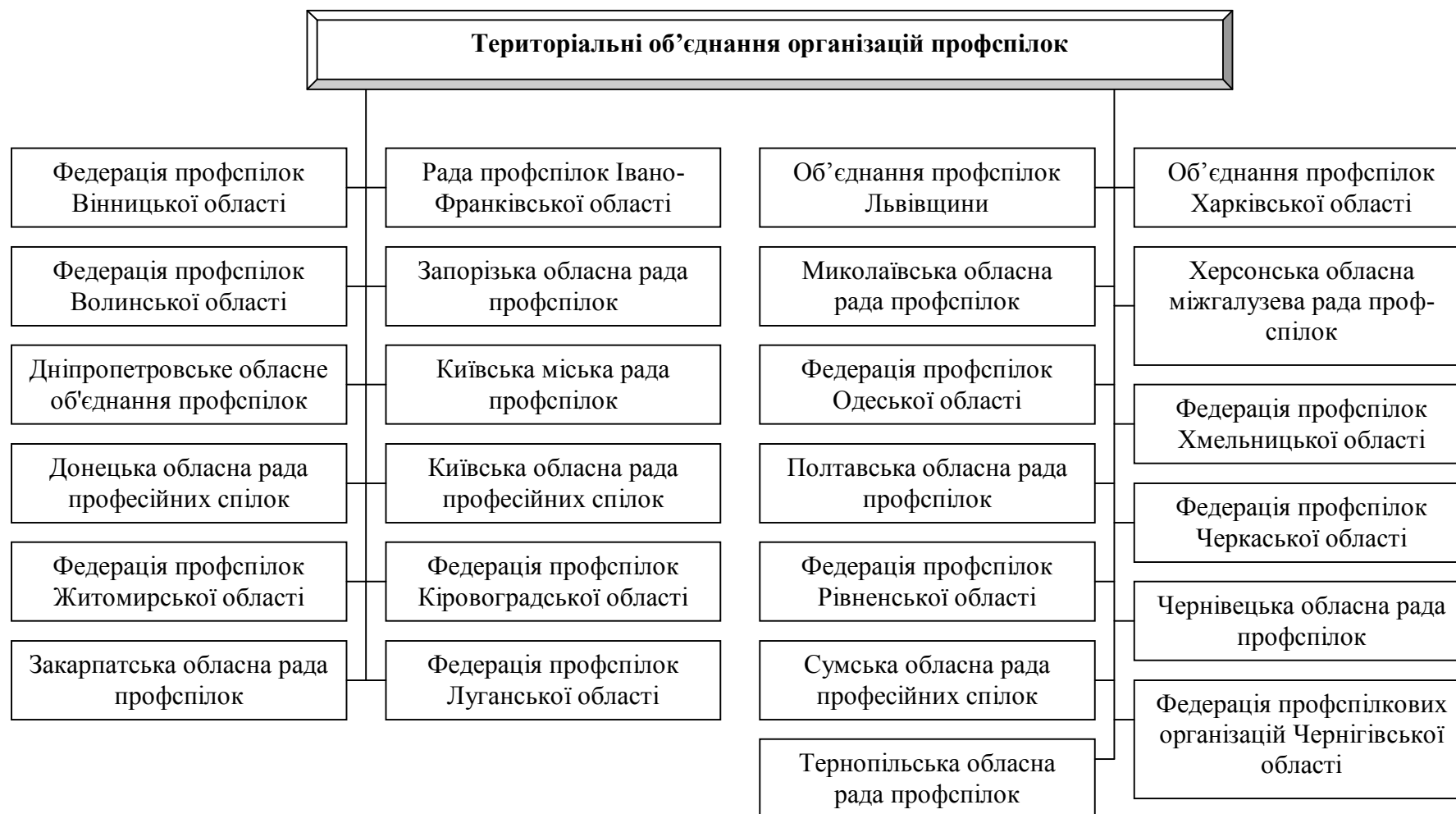


Рисунок 3.7 – Територіальні об'єднання організацій профспілок

Також профспілкові організації утворені й у сфері обслуговування, зокрема в соціальній сфері: наприклад, профспілка працівників соціальної сфери, профспілка працівників пенсійного фонду.

Всі викладачі та студенти входять до Профспілки працівників освіти і науки України.

Територіальні об'єднання організацій профспілок України представлені відповідними об'єднаннями у 25 регіонах України. При цьому вони мають не однакову назву в кожному конкретному регіоні.

*Метою діяльності ФПУ є вираження, представлення інтересів і захист прав організацій – членів ФПУ, координація їхніх колективних дій, представництво та захист трудових, соціально-економічних прав та інтересів членів профспілок в органах державної влади й органах місцевого самоврядування, у відносинах із роботодавцями, їхніми організаціями й об'єднаннями, а також з іншими об'єднаннями громадян (Стаття 8 Статуту ФПУ).*

*Головними завданнями ФПУ є захист трудових, соціально-економічних прав та інтересів членів профспілок; соціальний захист членів профспілок та їхніх сімей; відстоювання духовних, соціально-культурних прав та інтересів членів профспілок; правовий захист членів профспілок; посилення впливу на політичне життя та формування громадянського суспільства; вдосконалення системи соціального партнерства: профспілки, роботодавці, держава; розвиток співпраці з іншими профспілками та їхніми об'єднаннями; забезпечення прав та можливостей жінок і чоловіків; зміцнення ФПУ як найбільшого представницького профцентру України; поглиблення міжнародних зв'язків ФПУ.*

Федерація профспілок України впевнено продовжує утверджуватись на міжнародній арені як найбільш представницький національний профцентр України. Міжнародна діяльність Федерації профспілок України здійснюється відповідно до цілей і завдань, визначених програмними та статутними документами ФПУ, рішеннями з'їздів та виборних органів. Своє головне завдання в галузі міжнародної діяльності Федерація профспілок України вбачає в поглибленні діалогу з міжнародними національними профцентрами, а також міжнародними й регіональними профоб'єднаннями на принципах взаємної поваги, взаємодопомоги та рівноправ'я.

Федерація активно співпрацює із Загальною конфедерацією профспілок у вирішенні питань, пов'язаних із забезпеченням соціального захисту трудящих. ФПУ підтримує постійні стосунки з представництвами Всесвітнього банку, Міжнародного валютного фонду, висловлюючи свою точку зору з приводу політики, яку проводять ці міжнародні фінансові інститути.

У грудні 2005 року Федерація профспілок України ввійшла до складу Міжнародної конфедерації вільних профспілок (МКВП) [103]. Членство в МКВП відкриває нові можливості для розвитку міжнародного співробітництва між профспілками на всіх рівнях. Воно також сприятиме подальшій інтеграції профспілок України до міжнародного профспілкового руху.

ФПУ укладають галузеві, територіальні та колективні угоди, які за-

безпечують правий захист громадян, здійснюють діяльність щодо охорони праці та здоров'я, соціального захисту, формуванню виробничої політики та колективно-договірного регулювання; соціального страхування та пенсійного забезпечення; молодіжної політики та інших напрямів діяльності.

Одним з напрямків діяльності ФПУ є надання профілактичних соціальних послуг працівникам-застрахованим особам Фондом соціального страхування, зокрема санаторно-курортного лікування, оздоровлення дітей, фінансової підтримки санаторіїв-профілакторіїв підприємств, установ, організацій.

### **3.4 Порядок планування та розподілу путівок через Фонд соціального страхування**

Порядок надання санаторно-курортних путівок для громадян, які потребують лікування та оздоровлення в умовах курорту, був розроблений ще за радянських часів і затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР від 16.05.1983 р. № 580 «Про затвердження правил відбору і направлення хворих (дорослих, підлітків і дітей) на санаторно-курортне та амбулаторно-курортне лікування» і становив медичну складову санаторно-курортної системи [33, 53].

Однак цей нормативний документ був лише окремим складником механізму регулювання санаторно-курортної діяльності, основу якого становила розвинена система соціального забезпечення (рис. 3.8).



Рисунок 3.8 – Механізм фінансового забезпечення і розподілу санаторно-курортних путівок за радянських часів

За наявності медичних показань для санаторно-курортного лікування хворому видавалася довідка з рекомендацією його проходження (форма



№ 070/у). Вона надавалась до профспілкового комітету як медична підстава для виділення путівки (курсівки). Фінансування санаторно-курортного лікування відбувалось коштом щомісячних профспілкових відрахувань працюючими і частково (дотаційно) коштом Міністерства соціального забезпечення.

За часів незалежності України ця система була зруйнована, профспілки втратили свою значущість. З метою відтворення соціальної підтримки населення Верховною Радою 18 січня 2001 р. був затверджений Закон України № 2240-III «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням». Згідно із преамбулою цього Закону він «...визначає правові, організаційні та фінансові основи загальнообов'язкового державного соціального страхування громадян на випадок тимчасової втрати працездатності, у зв'язку з вагітністю та пологами, у разі смерті, а також надання послуг із санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованим особам та членам їх сімей» [12].

31 березня 2001 р. було створений Фонд соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України (далі – ФСС).

При створенні Фонду ставилась головна мета – забезпечити фінансову самостійність та стабільність системи соціального страхування, використати накопичений досвід і не допустити руйнування механізму реалізації конституційного права громадян на соціальне страхування.

Мета була досягнута. Підтвердженням цього є те, що Фонд соціального страхування України, працюючи в екстремальних умовах, спричиненими економічною кризою, стабільно забезпечував усі виплати по соціальному страхуванню, передбачені діючим законодавством. Йдеться насамперед про виплати в зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, вагітністю та пологами, на народження дитини, поховання, а також часткову оплату санаторно-курортного лікування та інших форм профілактичного оздоровлення.

18 січня 2001 року Верховною Радою України, відповідно до Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, прийнято Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням» і визначено Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності правонаступником Фонду соціального страхування України [112].

28 грудня 2014 року було прийнято Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо реформування загальнообов'язкового державного соціального страхування та легалізації фонду оплати праці» № 77, яким у новій редакції викладено Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування». Зокрема, цим законом визначено об'єднати Фонд соціального страхування з тимчасової втрати працездатності та Фонд соціального страхування від нещасних ви-

падків на виробництві, створивши натомість Фонд соціального страхування України [112].

Серед позитивних зрушень в діяльності ФСС також слід зазначити проведення реформи надання соціальних послуг у 2017 р., відповідно до якої *особам з інвалідністю надано право самостійного вибору санаторно-курортного закладу для проходження лікування.*

Крім того, до порядку внесено зміни, що спрямовані на посилення контролю за обсягами і вартістю наданих послуг з санаторно-курортного лікування потерпілих та за використанням коштів на ці цілі.

Для цього разом із тристороннім договором потерпілим підписується наданий санаторно-курортним закладом перелік послуг з санаторно-курортного лікування, їх кількість та вартість, зазначаються умови лікувального харчування та проживання.

Зазначимо, забезпечення санаторно-курортним лікуванням осіб з інвалідністю за власним вибором у 2019 році здійснюється у разі перебування потерпілих на обліку та в межах запланованої у попередньому році кількості осіб, що надали відповідні заяви на майбутній період. Фінансування здійснюється в межах коштів, передбачених у бюджеті Фонду, кошторисів органів Фонду на поточний рік та в межах фінансових можливостей Фонду на ці цілі. У 2019 році 72 санаторно-курортні заклади лікуватимуть потерпілих на виробництві за кошти ФСС (за власним виробом потенційних рекреантів) [98].

Отже, ФСС щорічно складає план розподілу санаторно-курортних путівок, який регламентується «Інструкцією про порядок забезпечення застрахованих осіб і членів їхніх сімей путівками на санаторно-курортне лікування, які придбані коштом Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності», затвердженою Постановою Правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності від 02.06.2005 № 55 [67].

Цей документ регламентує:

- порядок планування та розподілу путівок;
- порядок обліку путівок;
- порядок видачі путівок;
- порядок звітності по виданих путівках;
- контроль за реалізацією путівок та відповідальність за порушення положень Інструкції.

У загальному вигляді порядок планування та розподілу путівок через ФСС подано на рисунку 3.9.

Згідно з зазначеною вище Інструкцією порядок планування та розподілу путівок через ФСС передбачає такі етапи (нумерація на рис. 3.9 відповідає нумерації етапів):

1. Подача заявок з Виконавчих дирекцій відділень ФСС.

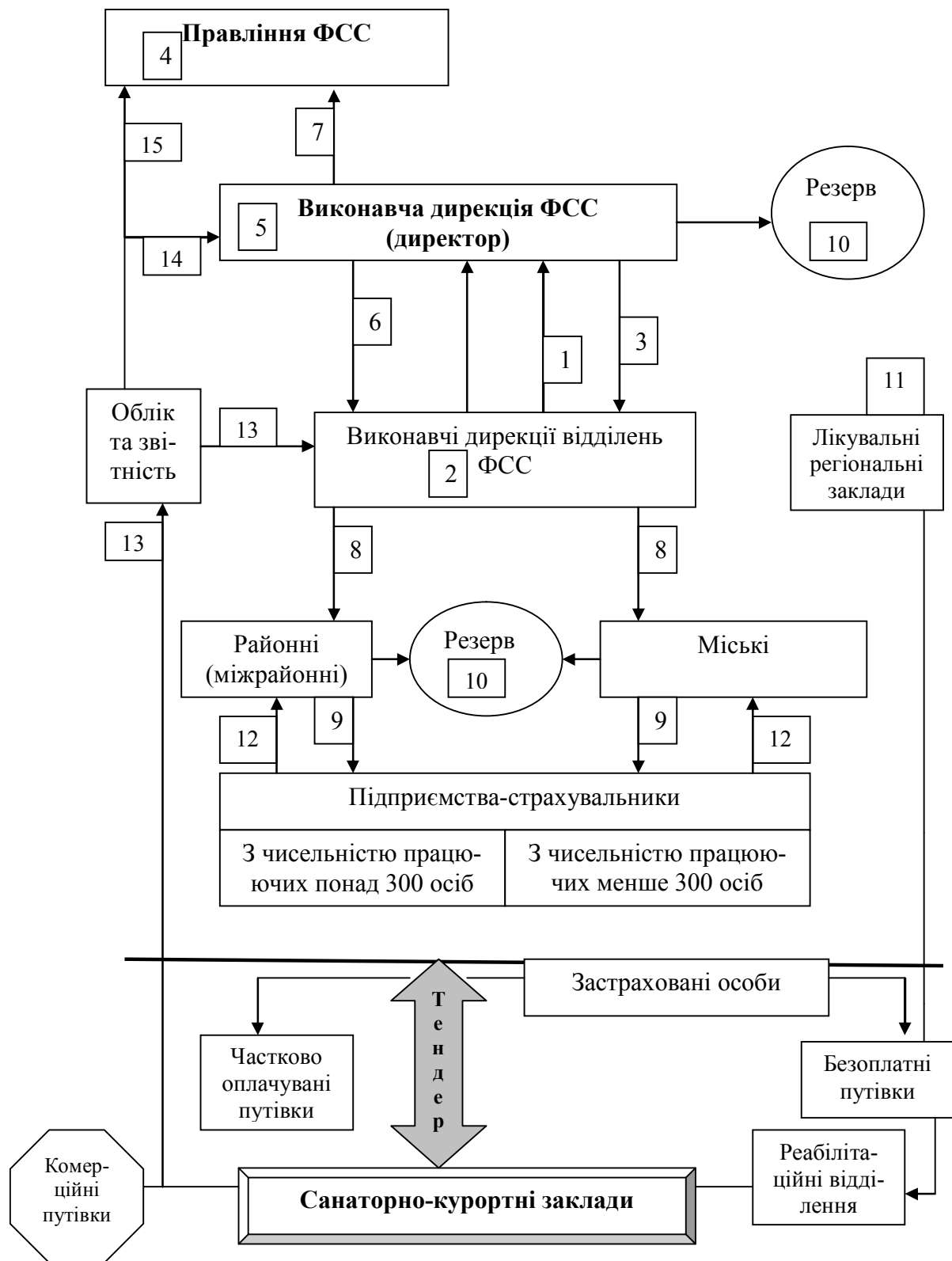


Рисунок 3.9 – Порядок планування та розподілу путівок через ФСС

2. Виконавча дирекція ФСС розробляє проект плану розподілу путівок у розрізі відділень ФСС та санаторно-курортних закладів.

3. Надсилається проект плану розподілу путівок для узгодження в дирекціях відділень ФСС.

4. Розгляд плану розподілу путівок постійною комісією правління ФСС.

5. Затвердження плану розподілу наказом директора виконавчої дирекції ФСС.

6. Доведення затвердженого плану до виконавчих дирекцій відділень ФСС (у двотижневий термін).

7. Виконавча дирекція надає правлінню Фонду інформацію про відповідність між придбанням путівок і розподілом їх виконавчими дирекціями відділень ФСС.

8. Виконавча дирекція відділень Фонду в двотижневий термін доводить план розподілу путівок до районних (міжрайонних), міських виконавчих дирекцій відповідних відділень.

9. Районна (міжрайонна), міська виконавча дирекція Фонду в двотижневий термін доводить до страхувальників зведений план розподілу путівок.

10. Виконавча дирекція ФСС та виконавчі дирекції відділень створюють резерв путівок до 1 % від загальної їхньої кількості, передбаченої планом розподілу, за винятком путівок до реабілітаційних відділень санаторно-курортних закладів, з урахуванням сезонності та видів курортів.

11. Хворі з клінік і лікувально-профілактичних закладів направляються у реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів на підставі договорів, укладених Виконавчою дирекцією ФСС з цими закладами про відбір і направлення хворих на відновлювальне лікування.

12. Страхувальники (за місцем реєстрації) щоквартально звітують районній (міжрайонній), міській виконавчій дирекції відділення ФСС про отримані та видані застрахованим особам путівки.

13. Лікувально-профілактичні заклади щоквартально звітують виконавчій дирекції відділення Фонду про отримані та видані путівки.

14. Виконавчі дирекції відділень ФСС звітують перед виконавчою дирекцією ФСС.

15. Виконавчі дирекції відділень ФСС на основі отриманих даних звітують перед Правлінням Фонду.

Як показано на рисунку 3.9, після завершення процесу розподілу путівок страхувальники отримують частково оплачувані путівки (через профспілки підприємств за місцем працевлаштування) і безоплатні путівки (за умови направлення до санаторно-курортних закладів через реабілітаційні відділення). Як і за радянських часів, підставою для отримання санаторно-курортної путівки є висновок лікувально-профілактичного закладу щодо необхідності такого виду лікування, а також заява працівника до комісії із соціального страхування.

Ще у 2008 р. частково оплачувані путівки виділялися на 1 особу не частіше ніж 1 раз на два роки. Однак після набрання чинності новим Порядком отримання путівок застрахованими особами та членами їхніх сімей за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (квітень 2009 р.) діють інші правила, коли працівник може

приїздити до санаторію відповідного профілю та лікуватися щороку. І знову-таки, головною умовою у цьому разі є висновок лікаря, яким засвідчується потреба пацієнта у повторному лікуванні.

Проблему дефіциту коштів на забезпечення санаторно-курортної діяльності доповнюють організаційні складності процесу планування та розподілу путівок через ФСС. Для виконання зазначених на рисунку 3.9 процедур необхідно від одного до двох місяців. У кінцевому підсумку видача перших путівок рекреантам відбувається не раніше ніж за три місяці, а нарахування коштів на рахунки санаторно-курортних установ – не раніше ніж за 1–2 місяці після закінчення обслуговування рекреантів, що оздоровлюються коштом ФСС.

Існуюча система, з одного боку, робить не вигідною співпрацю санаторно-курортних установ будь-якої форми власності з ФСС, з іншого – обмежує час реалізації путівок на рівні страхувальників із 12 місяців до 8–9. Результатом невирішеності останньої проблеми є недовикористання виділених путівок підприємствами-страхувальниками при високому попиті на них з боку співробітників цих підприємств.

Важливу роль у системі розподілу путівок відіграє тендер.

*Тендер* – це форма укладення договорів, що передбачає попередній вибір партнера на конкурсній основі. Тобто тендер – це конкурентна форма розміщення замовлень на постачання товарів, виконання робіт або надання послуг із заздалегідь зазначеними в документації умовами, в обумовлений термін, на принципах змагальності, справедливості й ефективності. З організацією, яка виграла тендер, укладають контракт. Переможцем тендера вважається учасник, що подав пропозицію, що відповідає вимогам тендерної документації, у якій запропоновані кращі умови [104].

В Україні з поняттям тендерів тісно пов'язані процедури закупівлі за державні кошти. Це обумовлено тим, що Закон України «Про публічні закупівлі» [13] зобов'язує всі державні закупівлі, проводити виключно із застосуванням тендерних процедур.

У 2016 р. відбулось реформування системи державних закупівель, результатом якої стало створення системи публічних електронних закупівель Prozorro. На сьогодні, Prozorro – це сучасна система проведення відкритих та ефективних публічних закупівель, яка забезпечує створення, розміщення та публікацію тендерів он-лайн, обмін між учасниками торгів інформацією та документами в електронному вигляді, доступність для аналізу та громадського контролю (рис. 3.8) [102].

Закону «Про публічні закупівлі» встановлює порогову суму державних закупівель, вище якої всі закупівлі мають бути оприлюдненими. Ця сума станом на 01.01.2019 становить 50 тис. грн.

Як бачимо з рисунка 3.10, Закон частково поширюється й на допорогові закупівлі. Тож у разі, якщо замовник має на меті закупити товари (роботи або послуги) за прямим договором і не проводить електронні торги, цей замовник має оприлюднити звіт про укладений за цим предметом закупівлі договір у системі «Prozorro».

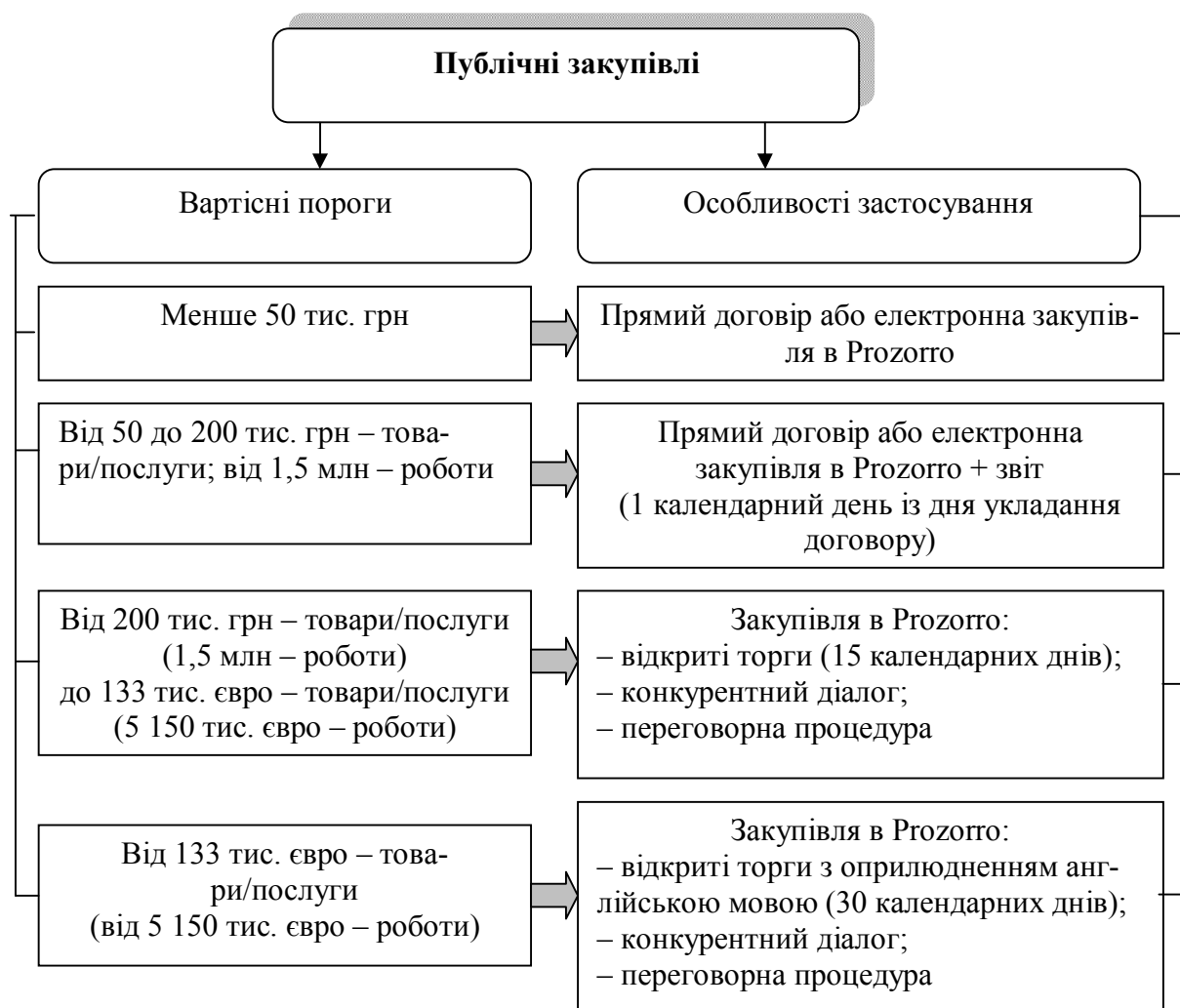


Рисунок 3.10 – Особливості застосування Закону «Про публічні закупівлі»

Строк оприлюднення зазначеного звіту становить один календарний день із дня укладання такого договору.

Приклад документів на проведення тендерних процедур із закупівлі санаторно-курортних послуг наведений у додатку Е.

Діюча редакція законів відносно проведення тендера за кошти ФСС унеможливує надання своєчасних і якісних послуг із санаторно-курортного лікування та оздоровлення застрахованим особам та членам їхніх сімей. Як показує практика проведення торгів на придбання послуг із санаторно-курортного лікування, де головним критерієм оцінки є їхня вартість, переможцями стають санаторно-курортні заклади, у яких лікувальна та матеріальна база не повною мірою відповідає сучасним вимогам для надання якісного санаторно-курортного та відновлювального лікування. Це, зі свого боку, спричиняє справедливе нарікання з боку застрахованих осіб та членів їхніх сімей, які отримують путівки до санаторно-курортного закладу за кошти ФСС згідно з медичним висновком або за направленням лікувально-профілактичного закладу.

Проведення тендерних процедур є складним, але необхідним кроком до забезпечення прозорості функціонування курортної сфери

## Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення поняття «правове регулювання».
2. Які нормативно-правові документи становлять форми правового регулювання?
3. Наведіть різницю між нормативно-правовими актами, які чинять прямий та опосередкований вплив на санаторно-курортну сферу.
4. Чи містить Конституція України соціальні гарантії для громадян? Які з цих гарантій стосуються послуг санаторно-курортної сфери?
5. Які закони регулюють діяльність в санаторно-курортній сфері?
6. Які постанови та розпорядження Кабінету міністрів України регулюють діяльність у санаторно-курортній сфері?
7. Які Кодекси України ви знаєте? Які з них впливають на розвиток санаторно-курортної сфери?
8. Які нормативно-правові акти України спрямовані на регулювання діяльності санаторно-курортних підприємств. Наведіть приклади.
9. Наведіть приклади спеціального (вузькопрофільного) нормативно-правового забезпечення у санаторно-курортній сфері). За якими критеріями воно визначається?
10. Наведіть визначення поняття «ліцензія», «ліцензування». Яка його мета?
11. Які санаторно-курортні послуги підлягають ліцензуванню?
12. Чи існує добровільне ліцензування санаторно-курортних послуг?
13. Які нормативно-правові акти регламентують ліцензування санаторно-курортних послуг?
14. Хто здійснює ліцензування медичної діяльності в Україні?
15. Чи підлягають ліцензуванню медичні, зокрема санаторно-курортні заклади загалом або ліцензуються окремо медичні послуги? Обґрунтуйте свою відповідь?
16. На який термін надається ліцензія?
17. Який орган здійснює перевірку дотримання ліцензіатом ліцензійних умов?
18. Які види перевірок дотримання ліцензіатом ліцензійних умов ви знаєте?
19. Дайте визначення поняття «сертифікація». Які види сертифікації існують в Україні?
20. Який орган здійснює процедуру сертифікації послуг у санаторно-курортних закладах?
21. Які види сертифікації послуг існують?
22. Охарактеризуйте три схеми проведення сертифікації послуг в Україні. Яка з них є найскладнішою?
23. У чому полягає сутність акредитації медичних, зокрема санаторно-курортних закладів?
24. Охарактеризуйте етапи проведення акредитації медичних зокрема санаторно-курортних закладів.

25. Охарактеризуйте діяльність Федерації професійних спілок України. З якою метою та коли вона була створена?

26. Охарактеризуйте діяльність Фонду соціального страхування. З якою метою та коли він був створений?

27. Охарактеризуйте механізм фінансового забезпечення та розподілу санаторно-курортних путівок за радянських часів.

28. Охарактеризуйте порядок планування та розподілу путівок через фонд соціального страхування.

29. Дайте визначення поняття «тендер».

30. Який документ регламентує тендерні процедури в Україні?

31. Які проблеми виникають у санаторно-курортних закладів щодо проведення тендерних процедур із реалізації путівок?



## ТЕМА 4 САНАТОРНО-КУРОРТНИЙ ПРОДУКТ ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ

### 4.1 Класифікація та особливості санаторно-курортних послуг

Організації санаторно-курортного комплексу надають рекреантам, які прибули на курорт, різні послуги, і продають різноманітні курортні товари. Для їх опису прийнято оперувати поняттям «санаторно-курортний продукт».

Під *санаторно-курортним продуктом* розуміється комплекс послуг і товарів, що реалізуються рекреанту санаторно-курортним закладом за загальну ціну за договором про реалізацію санаторно-курортної путівки.

Існує і розширене розуміння санаторно-курортного продукту, до якого належить комплекс товарів і послуг, придбаних рекреантами під час відпочинку й лікування на курорті. У цьому разі мова йде про *регіональний санаторно-курортний продукт* [45].

Потрібно мати на увазі, що стосовно діяльності санаторно-курортних установ в охороні здоров'я прийнято вживати *поняття «санаторно-курортна допомога»*, яку можна визначити як комплекс лікувально-діагностичних, реабілітаційних та профілактичних заходів, виконуваних спеціально підготовленим персоналом у спеціалізованих курортних установах з переважним використанням природних лікувальних факторів, для певного контингенту пацієнтів у межах державних соціальних програм на безоплатній або пільговій основі. Вона входить до складу медичної допомоги та за аналогією з нею може розглядатися як у ширшому (як надання допомоги населенню), так і в вузькому сенсі (як лікування конкретного хворого). Інакше кажучи, під поняттям «допомога», розуміють обов'язок держави перед населенням щодо збереження його здоров'я.

Підприємства санаторно-курортного комплексу належать до сфери послуг і, зокрема, до сфери профілактичної медицини. Саме з цих позицій формуються особливості санаторно-курортних послуг як товару.

Загалом реалізація послуги є невіддільною від джерела та об'єкта надання послуги. На відміну від матеріальних товарів послугам властиві певні ознаки, наведені в таблиці 4.1.

Таблиця 4.1 – Головні ознаки санаторно-курортних послуг та їх характеристика (складено на основі [96])

Ознаки санаторно-курортних послуг	Характеристика ознак
1	2
Невідчутність послуги доти, поки споживач її не спробує, не відчує, не доторкнеться або не випробує	Процес визначення споживчих якостей послуги, отже, не може бути встановлений за запахом, кольором чи іншими ознаками, властивими для матеріальних товарів

Продовження таблиці 4.1

1	2
Нероздільність виробництва та споживання послуги	Вказано на присутність суб'єкта рекреаційної послуги, тобто визначає пріоритет, місце розташування і цим обмежує можливість вибору споживання
Непостійність якості	Дію й ефект санаторно-курортної послуги важко передбачити та контролювати, оскільки ефект лікування рано чи пізно зникає
Неможливість збереження послуги та передачі споживачеві раніше або пізніше певного часу	Зростає ймовірність аритмічності попиту, що може відобразитися на зростанні виробничих та фінансових ризиків бізнесу
Відносна легкість відтворення послуги, що робить її такою ж легкою для застосування конкурентами і не потребує придбання зразка, наприклад, як у матеріальному виробництві фізичного товару	Відносний характер послуги визначається тим, що при лікуванні певних захворювань можна використовувати авторські пристрої або медичні особливості, без знання яких копіювання послуги не принесе очікуваної вигоди від її споживання

Наведені вище ознаки санаторно-курортних послуг та їхня характеристика здебільшого збігаються з особливостями готельних послуг (послуг розміщення) за винятком зазначеної медичної складової.

Крім зазначеного вище *особливість надання санаторно-курортних послуг* полягає в такому:

- процес створення продукту поданий у формі надання послуг чи виконання робіт;
- якість послуги є величиною непостійною та суб'єктивною. У зв'язку з цим висока залежність якості послуги як від психологічного й емоційного стану споживача, його очікувань, так і від роботи обслуговуючого персоналу, його настрою, зовнішнього вигляду тощо;
- санаторно-курортна послуга є індивідуальною та залежить від потреб окремого рекреанта, стану його здоров'я, віку, переваг у засобах розміщення, рухової активності тощо;
- ефект від надання послуги безпосередньо не пов'язаний із величиною витрат;
- результат професійної діяльності працівників санаторію проявляється в позитивному ефекті на здоров'я людини.
- залежність процесу надання послуги від місцевих природно-кліматичних умов, тобто визначальними серед виробничих факторів є цінність, яка визначається рідкістю та унікальними лікувальними властивос-

тями природного ресурсу;

- на ринок послуг рекреації попередньо надходять не самі послуги, а лише інформація про ті послуги, що можуть бути надані;
- лікувальні послуги належать до категорії найдорожчих, оскільки оснований на застосуванні цінних природних лікувальних ресурсів, і це потребує складного бальнеотехнічного господарства й медичної техніки;
- санаторно-курортна послуга має чітко виражену сезонність, особливо на приморських курортних територіях.
- санаторно-курортна послуга зазвичай є комплексною, інтегрованою.

Отже, специфіка санаторно-курортних послуг полягає у профілактичній, лікувальній, реабілітаційній спрямованості, яку надають на курорті на рівні підприємств санаторно-курортного комплексу та їхньої *комплексності* завдяки включенню до їх складу послуг із розміщення, харчування, дозвілля, побутового обслуговування тощо.

Розглянемо підходи до класифікації типів санаторно-курортного продукту (табл. 4.2).

Таблиця 4.2 – Класифікація санаторно-курортного продукту [46]

Класифікаційні ознаки	Типи санаторно-курортного продукту
За метою поїздки	Лікувальний
	Рекреаційний (відпочинок)
	Діловий та навчальний
	Спортивно-оздоровчий
Пріоритетність	Основний
	Додатковий
Форма обслуговування	Повна путівка
	Путівка без лікування
	Курсівка
	Реалізація окремих послуг
Комплексність послуги	Послуги лікування
	Послуги проживання
	Послуги харчування
	Розважальні послуги (дозвілля)
	Транспортні послуги
	Побутові послуги
	Спортивно-оздоровчі послуги
Категорія засобів розміщення	Кількість «зірок» відповідно до стандарту ДСТУ 4269 Класифікація готелів та інших засобів розміщення

Одним з основних класифікують ознак є *мета або мотиви поїздки*. У цьому плані виокремлюють продукти: лікувальний, рекреаційний, діловий, спортивно-оздоровчий тощо.

Розподіл продукту в залежності від цілей поїздки свідчить про таке. Хоча санаторно-курортні організації за визначенням мають лікувально-оздоровчу спрямованість, все-таки більшість із них намагається приймати відпочиваючих, які прибули на курорт із різними цілями. Навіть санаторії, які по суті є медичними установами, реалізують певну частку путівок без лікування. Деякі оздоровниці впроваджують конгресно-діловий підхід, але тільки в окремих з них проведення конгресних, виставкових та навчальних заходів є самостійним напрямом діяльності та приносить відчутний дохід.

*За пріоритетністю послуг* зручніше виокремлювати з сукупного продукту два комплексних елементи: *основний (домінантний)* і *додатковий (рецесивний)*. До домінантної частини належать послуги, без яких неможлива організація поїздки взагалі: проживання, харчування, складові базові послуги, а також специфічні цільові послуги, що визначають своєрідність конкретного туру: лікування, відпочинок, проведення бізнес-заходів. Рецесивні елементи продукту включають у себе необов'язкові додаткові товари та послуги, супутні цьому туру, зокрема програми екскурсій, розваг, товари туристського попиту, сувеніри тощо. З певною часткою умовності можна вважати, що пріоритетними для будь-якого туриста є послуги й товари, що забезпечують його фізичні зручності: житло й харчування. Крім того, для людини, що тимчасово перебуває поза домом, не менш важливу роль відіграє і доступність транспортного переміщення. Загалом транспортні та побутові послуги для будь-якого мандрівника є важливішими порівняно з іншими частинами продукту, і в економічному плані можуть акумулювати в собі максимальну частину туристського бюджету.

Частка послуг, що залишилася (послуги, у яких реалізується головне призначення туристської поїздки, і супутні їм товари та послуги) відіграють другорядну, з точки зору коштів, які виділяються на їх задоволення, роль порівняно з базовими послугами. Це пов'язано з тим, що в шкалі індивідуальних пріоритетів туриста ці послуги, не дивлячись на те, що вони є метою будь-якого мандрівника, підпорядковані базовим послугам, і величина коштів на їх задоволення, виділяється мандрівником залежно від вартості товарів і послуг, що забезпечують нормальну життєдіяльність людини.

Водночас потрібно обумовити певну умовність поділу курортних послуг на домінантні та рецесивні, адже з точки зору споживчих якостей, відмінностей між ними немає. Різниця полягає у відношенні послуг до початку придбаного туристом продукту (путівці). Так, якщо екскурсії входили в задалегідь обумовлене комплексне обслуговування, то вони вважаються домінантними, якщо ж турист придбав якусь екскурсію додатково до оплаченого туру, то ця послуга вже стає рецесивною.

*За формою обслуговування* головним санаторно-курортним продуктом є комплекс послуг, документований санаторно-курортною путівкою.

Якщо в туристському бізнесі відбувається еволюція турів у бік зменшення базового набору послуг, то санаторно-курортному продукту властиве все більше скорочення додаткових послуг та максимальне включення в базову вартість всіх можливостей курортного обслуговування. Це пов'язано з придбанням путівок переважно за рахунок профспілкових коштів (коштів Фонду соціального страхування) і позабюджетних фондів, а не особистих коштів клієнтів. Навпаки, організація курортної поїздки власним коштом призводить до покупки дешевших путівок без лікування, а потреба в курортному лікуванні задовольняється за рахунок придбання лікувальних курсівок у разі використання альтернативних засобів розміщення.

Крім лікування, рекреанту на курорті надаються й інші послуги, які пропонуються *комплексно*. Насамперед потрібно відзначити таку базову послугу, як розміщення. Цьому складнику відпочинку (оздоровлення) останніми роками стало приділятися більше уваги. Сучасний санаторій має пропонувати послуги одно-двомісного розміщення, з усіма комунальними зручностями, кондиціонуванням, телебаченням і радіо, холодильником (міні-баром), телефоном. Головними тенденціями у цій сфері, крім підвищення комфортності, є розширення обсягу та асортименту побутових послуг, пропонованих клієнту (перукарня, пральня, косметологія, ательє, прокат тощо), підвищення рівня безпеки номерного фонду, застосування сучасних технологій його експлуатації.

Ці вимоги є класичними для санаторіїв, однак останніми роками намічається істотна лібералізація медичного складника цих послуг, пом'якшення вимог до охоронному режиму й розпорядку дня. Багато комерційних оздоровниць, зберігаючи медичну спрямованість, перейшли на готельну структуру надання послуг.

За готельним типом будується також господарська структура пансіонатів і будинків відпочинку. Докладніше питання структури управління санаторно-курортними закладами розглянуто в темі 2.

*Категорія засобів розміщення* в санаторно-курортних закладах визначається відповідно до стандарту ДСТУ 4269 Послуги туристичні. Класифікація готелів. Для вітчизняних санаторно-курортних установ застосування цієї класифікації не є обов'язковою, однак присвоєння певної категорії підвищує привабливість оздоровчого закладу, дає можливість переорієнтації на обслуговування іноземних рекреантів.

Узагальнюючи матеріал цього розділу, вважаємо за можливе підкреслити три головні *особливості* санаторно-курортного продукту, властиві для сучасного періоду розвитку вітчизняного курортного комплексу.

1. Типовий санаторно-курортний пакет характеризується:

- великою питомою послуг, які входять до базових (70–80 %), що надаються санаторно-курортними підприємствами;
- індивідуальною (а не масовою) спрямованістю попиту на склад пакету оздоровчих послуг рекреантів;

– відсутністю, зазвичай, транспортних послуг із боку продавця (доставка на курорт і трансфер до місця розміщення).

Санаторно-курортний пакет на сьогодні є за своєю сутністю перехідним варіантом від класичного набору послуг історично сформованої санаторної системи до сучасного комплексного індивідуального набору послуг, властивого ринковому туристсько-рекреаційному господарству. Таке прагнення максимального включення послуг у базовий пакет властиве для більшості оздоровниць, призводить до його «обваження» і знижує конкурентоспроможність вітчизняного курортного продукту порівняно з закордонним.

2. Відсутність індивідуальної пропозиції продукту для конкретного рекреанта як за складом, так і за ціною послуг. У санаторно-курортних закладах, як і раніше, діють усереднені ціни на путівки, які диференціюються, головним чином, за умовами розміщення. Особливо це властиво медичному складнику путівки, який для кожного рекреанта конкретного санаторію є однаковим, незалежно від складу отриманого рекреантом пакету лікувально-діагностичних послуг.

3. Надмірне включенням до оздоровчого пакету складних і дорогих медичних процедур, яке залишилося з колишнього витратного механізму формування санаторно-курортної путівки. У наслідок цього деякі санаторні комплекси придбали клініко-біохімічні аналізатори, призначені для масових обстежень (200–500 проб на день) за 70–80 параметрами, комп'ютерні томографи вартістю понад 1,5 млн дол. США, складні фізіотерапевтичні апарати, окупність яких у ринкових умовах представляється надскладним завданням [46].

4. Розвиток санаторно-курортних підприємств у складі корпорацій обмежує можливості керівництва на місцях щодо прийняття ефективних управлінських рішень із комерціалізації оздоровчих послуг (розширення спектра таких послуг, ведення маркетингової діяльності, розробка та реалізація інноваційних оздоровчих пакетів і програм).

#### **4.2 Медичні послуги як цільова частина санаторно-курортного продукту**

Для більшості рекреантів головною метою поїздки в санаторій є отримання комплексу лікувально-діагностичних заходів.

Терміни лікування рекреантів у санаторіях залежать від характеру захворювання та природних лікувальних факторів даного курорту. У більшості санаторіїв вони становлять від 21 до 24 діб. Для хворих на кістково-суглобовий туберкульоз із ураженнями центральної нервової системи термін рекомендований перебування в санаторії становить 45 діб, а для хворих з гострими запальними захворюваннями нирок – 48 діб. Останніми роками почали застосовувати укорочені курси лікування відпочиваючих у санаторіях – 14–18 діб.

Організацію лікування в санаторії умовно поділяють на декілька періодів.

Перший із них – *період адаптації* (3–5 днів), характеризується пристосуванням (акліматизацією) рекреанта до контрастної кліматичної зони. У цей період здійснюється необхідне додаткове обстеження пацієнтів, процедури курортної терапії призначають за слабкими й помірними режимами.

Другий період (5–10 день) є *періодом відповідної реакції організму*, що отримала назву *бальнеореакції*. Вона проявляється у різних формах, найчастіше – у вигляді загострення основного захворювання; і за її вираженістю побічно судять про майбутній клінічний ефект за принципом – «сильна відповідь на початку – хороший клінічний ефект у кінці лікування».

Третій період – *активного лікування* (11–19 днів) – проводять лікувально-оздоровчі заходи в повному обсязі за помірними та інтенсивним режимам.

Нарешті, у *завершальний період* оцінюють результати лікування та визначають рекомендації щодо подальшого лікарського догляду або продовження лікування.

Проведення всіх лікувально-оздоровчих заходів здійснюють за трьома режимами зростаючої інтенсивності – щадному, тонізувальному та тренувальному.

Оцінку результатів проводять за комплексом критеріїв ефективності санаторно-курортного лікування, що враховує суб'єктивні й об'єктивні показники стану здоров'я пацієнта із зазначенням певного ступеня. З огляду на те, що при хронічному перебігу захворювань виражених змін у стані здоров'я пацієнтів відразу після курортного лікування часто не відбувається, критерії оцінки мають чотири градації – «значне поліпшення», «поліпшення», «без змін» і «погіршення».

Надання пацієнтам санаторно-курортних установ медичних послуг поділяють на дві групи: діагностичні та лікувальні.

До базового *діагностичного набору* належать: загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, функціональна діагностика (ЕКГ, проби з навантаженням), ультразвукова діагностика. Він доповнюється різними діагностичними тестами залежно від спеціалізації санаторію та його можливостей.

Головні *лікувально-реабілітаційні методи* на курорті такі: бальнеолікування (прийом лікувальних мінеральних вод у вигляді зовнішнього або внутрішнього застосування), гідропатія (лікувальні душі), грязелікування, фізіотерапевтичні процедури (апаратна фізіотерапія), кліматолікування, масаж, ЛФК, дієтотерапія.

Варто зазначити, що всі лікувальні методи мають свої показання та обмеження в призначенні (протипоказання). Існують також рекомендації щодо сумісності/несумісності окремих курортних методів лікування.

На практиці зазвичай лікуючим лікарем при складанні лікувальної або реабілітаційної програми за погодженням із пацієнтом обирається один із базових методів (бальнеолікування або грязелікування), які доповнюються кліматотерапією, дієтичним харчуванням та іншими лікувальними заходами. Визначається також режим рухової активності.

При складанні програми враховуються також стандарти санаторно-курортної допомоги – розроблені Міністерством охорони здоров'я для кожної групи захворювань комплекси лікувально-діагностичних заходів, які є рекомендаціями щодо мінімального набору процедур.

Однією з головних маркетингових особливостей медичного складника санаторно-курортного продукту (однак, як і продукту загалом) є встановлення на неї єдиної знеособленої ціни без урахування реально спожитих послуг, що обумовлюється переважно оптовою (пакетною) реалізацією путівок. Це спричиняє негативну реакцію клієнтів оздоровниць, спричиняє конфлікти та ускладнює прийняття рішення про покупку санаторно-курортного продукту.

Тому основу медичних програм на курортах мають скласти гнучко індивідуально мінливі за складом і тривалістю комплекси лікувально-реабілітаційного характеру на підставі таких *принципів*:

- оздоровча та профілактична спрямованість;
- обережне застосування скорочених курсів;
- зменшення діагностичного набору в бік неінвазивних, переважно інтегральних тестів;
- опора на природні фактори;
- привабливість для пацієнтів;
- індивідуальний підхід з урахуванням платоспроможного попиту рекреантів.

Оздоровча та профілактична спрямованість курортних медичних послуг визначається зміною пріоритетів вітчизняної медицини з лікувального на профілактичний напрямок. Доведено, що хворобу легше й дешевше запобігти, ніж лікувати. Тому організаційні заходи в охороні здоров'я повинні все більше зміщуватися в бік профілактики. Однак на практиці ця проблема набагато глибше, оскільки заходами тільки медичного характеру досягається не більше 10–15 % позитивного ефекту в стані здоров'я населення.

Необхідність застосування укорочених курсів диктується кількома причинами:

- щорічним фактичним скороченням часу перебування відпочиваючих на курортах (по курорту Трускавець середня тривалість однієї поїздки склала в 2015 році – 13,4 дня, у 2016 – 12,2 дня, у 2017 – 10,8 дня) [46];
- економічними міркуваннями, пов'язаними з недоступністю тривалих поїздок на курорт для більшості громадян;
- зміною менталітету споживачів курортних послуг, які прагнуть поділити відпустку на дві частини – зимову та літню.



Однак використання скорочених (менше 21 дня) курсів лікування рекреантів повинно супроводжуватися обов'язковою інформацією щодо нижчої медичної ефективності порівняно з повним курсом лікування, а також можливості прояву бальнеореакції.

Зменшення діагностичного набору в бік неінвазивних, переважно інтегральних тестів впливає з перших двох принципів і пов'язано як із необхідністю швидкого обстеження пацієнта, так і економічністю використання масових скринінгових тестів із подальшим вибіркоким поглибленим обстеженням при необхідності. Посилення поширення інфекцій з інвазивним шляхом передачі (вірусний гепатит, СНІД тощо) Також говорить на користь вибору безкровних методів діагностики й лікування.

Опора на природні фактори в структурі медичних курортних послуг пов'язана з такими причинами:

- високою ефективністю головних природних факторів порівняно зі штучними;
- необхідністю створення конкурентної переваги в оздоровницях завдяки унікальності природного фактора порівняно з іншими загальнодоступними в будь-яких умовах лікувальними факторами.

Привабливість для пацієнтів є важливою характеристикою медичних курортних послуг у зв'язку з придбанням значної частки цих послуг за рахунок пацієнта, який не бажає платити на відпочинку за процедури, які викликають у нього негативні емоції.

Певну роль у виборі привабливих процедур відіграє і психологічний компонент.

Індивідуальний підхід з урахуванням платоспроможного попиту відпочиваючих також пов'язаний із індивідуальним характером придбання курортних послуг. Споживач бажає точно знати, який обсяг послуг він купує за власні кошти й що він може додатково придбати. Тому формування санаторно-курортної програми все більше має зміщуватися від стандартної путівки в бік індивідуалізації як набору послуг, так і їхньої вартості.

#### 4.2.1 Порядок відбору та направлення пацієнтів на санаторно-курортне лікування

Процес проведення санаторно-курортного та відновлювального лікування складається з таких умовних обов'язкових кроків:

- проведення санаторно-курортного відбору;
- забезпечення санаторно-курортними путівками;
- направлення пацієнтів до санаторно-курортного закладу;
- здійснення програми санаторно-курортного лікування або реабілітації;
- оцінки ефективності санаторно-курортного лікування.

Насамперед потрібно визначитися, задля якої мети людина їде на курорт чи до санаторію – відпочинок, оздоровлення або лікування, оскільки від цього залежатиме не тільки очікуваний результат, а й відмінності у пі-

дходах як до підбору оздоровчого закладу, так і отримання чи придбання путівки.

Головна *мета санаторно-курортного відбору* полягає у покращенні результатів лікування та профілактики хвороб, закріпленні досягнутих результатів лікування, підвищенні ефективності використання санаторно-курортної мережі. Під час здійснення санаторно-курортного відбору обов'язково враховують клінічний діагноз основного та супутніх захворювань, стадію розвитку та особливості перебігу хвороби, стан хворого та очікуваний вірогідний ефект санаторно-курортного лікування, від чого залежить вибір розташування та медичного профілю оздоровниці, що рекомендується, тривалість та сезонність санаторно-курортного лікування, надаються необхідні виписки та рекомендації лікаря оздоровниці.

Облік безпосередніх результатів санаторно-курортного лікування здійснюється лікарем оздоровниці, а віддалених результатів (рівень досягнення та ефективність санаторно-курортного лікування) – лікарем за місцем проживання чи роботи хворого після його повернення з санаторію. Отримані дані збираються, аналізуються та систематизуються для подальшого вдосконалення санаторно-курортного лікування та відбору, що призведе до покращення санаторно-курортної галузі загалом.

Головним складником санаторно-курортного відбору, відповідно наказу № 580 МОЗ України є визначення показань до санаторно-курортного лікування за даними встановленого клінічного діагнозу основного та супутніх захворювань, результатами медичного спостереження, проведеного лікування хворого, даних лабораторних та клінічних досліджень. Встановлені дані дають змогу визначити перелік санаторно-курортних закладів, які найбільшою мірою відповідають завданням лікування конкретного хворого.

Після здійснення санаторно-курортного відбору хворий отримує основний документ, що засвідчує потребу у санаторно-курортному лікуванні і є однією з підстав для видачі хворому санаторно-курортної карти та путівки – довідку для отримання путівки форми № 070/о, про що робиться відмітка в медичній карті амбулаторного хворого. Після її отримання хворий, за наявності санаторно-курортної путівки, має звернутися до закладу охорони здоров'я, який її видав, по санаторно-курортну карту. Наступним етапом після проведення відбору є направлення хворого на санаторно-курортне лікування, для чого він повинен оформити санаторно-курортну карту за формою № 072/о.

У разі, коли санаторно-курортна путівка придбана особою в особистому порядку безпосередньо в оздоровниці, оформлення санаторно-курортної карти можна здійснити в лікувально-профілактичному закладі (поліклініці, амбулаторії) за місцем розташування оздоровниці. При цьому хворий буде змушений власним коштом сплатити вартість усього необхідного обсягу діагностичного обстеження, передбаченого санаторно-курортною картою. Санаторно-курортна карта видається лікарем після

пред'явлення путівки на санаторно-курортне лікування та без якої путівка не буде дійсною.

Після отримання путівки хворий звертається до лікаря для визначення переліку необхідних лікувально-діагностичних заходів, які має пройти хворий перед направленням до санаторію.

Такий перелік включає клінічні аналізи крові та сечі, ЕКГ, рентгенологічне дослідження органів грудної клітини та консультацію гінеколога (для жінок). У необхідних випадках для уточнення діагнозу основного та супутніх захворювань проводяться спеціальні дослідження й консультації фахівців відповідно до профілю санаторію. На підставі даних медичного обстеження та за відсутності відхилень в поточному стані здоров'я, що виключають направлення в санаторій, лікуючий лікар заповнює та видає хворому санаторно-курортну карту, підписану ним і завідувачем відділення. У ній відображають анамнез, дані огляду фахівців, результати аналізів та інструментальних досліджень.

Під час вирішення питання про направлення пацієнтів у санаторії лікар має враховувати вимоги «Медичних показань і протипоказань для санаторно-курортного лікування дорослих і підлітків (крім хворих на туберкульоз)», затверджених наказом Міністерством охорони здоров'я України. Вони визначають також *загальні протипоказання*, які виключають направлення хворих дорослих і підлітків на курорти та в місцеві санаторії. До них належать такі стани:

- усі захворювання в гострій стадії, хронічні захворювання в стадії вираженого загострення або ускладнені гострогнійними процесами;
- гострі інфекційні захворювання до закінчення терміну ізоляції;
- усі венеричні захворювання в гострій або заразній формі;
- психічні захворювання, усі форми наркоманії, хронічний алкоголізм, епілепсія;
- злоякісні новоутворення (після радикального лікування при задовільному стані хворі можуть направлятися тільки в місцеві санаторії);
- усі хвороби крові в гострій стадії та стадії загострення;
- кахексії будь-якого походження;
- усі хворі, які потребують стаціонарного лікування або хірургічного втручання, а також нездатні самостійно пересуватися, які потребують постійного стороннього догляду (крім спинальних хворих, які направляються до спеціалізованих санаторіїв);
- ехінокок будь-якої локалізації;
- часто повторювані або рясні кровотечі різного походження;
- нормальна вагітність (на кліматолікувальні курорти – з 26-го тижня);
- усі форми туберкульозу в активній стадії (крім спеціалізованих санаторіїв).

Варто зазначити, що на практиці цей порядок часто не дотримується, санаторно-курортна карта заповнюється далеко не завжди, а при ухваленні

рішення про поїздку на курорт рекреанти часто керується не рекомендацією лікаря, а своїми особистими пристрастями й можливостями.

Хворі можуть забезпечуватися санаторно-курортними путівками за такими варіантами:

- придбання в особистому порядку за власні кошти;
- забезпечення за рахунок коштів Фонду соціального страхування;
- придбання за рахунок коштів підприємств, установ та організацій, або коштів їхніми профспілковими комітетами чи їхніх різноманітних фінансових структур, створених для реалізації конкретних цілей;
- забезпечення за рахунок цільових коштів державного бюджету;
- забезпечення за рахунок коштів установ і відомств, які мають на балансі власні санаторно-курортні заклади.

Придбання санаторно-курортних путівок у порядку особистого звернення за власні кошти, зазвичай, здійснюється через спеціалізовані туристичні агенції та компанії, або безпосередньо в санаторно-курортному закладі, який має для цього відповідний підрозділ із реалізації путівок, чи у відповідального працівника. Варто зазначити, що такий спосіб отримання путівки не звільняє особу від необхідності оформлення санаторно-курортної карти, без якої путівка вважається недійсною. Також, із метою підвищення ефекту від санаторно-курортного лікування, не зайвим буде і проведення належним чином санаторно-курортного відбору для отримання відповідних рекомендацій фахівців щодо підбору оздоровниць з урахуванням індивідуальних показань/протипоказань, кліматичної зони, природних лікувальних факторів, інфраструктури тощо.

За рахунок коштів Фонду соціального страхування здійснюється забезпечення путівками на санаторно-курортне та відновлювальне лікування лише тих осіб, які відповідно до законодавства вважаються застрахованими. Надання застрахованим особам послуг, пов'язаних із санаторно-курортним лікуванням, здійснюється виключно за наявності медичних показань.

В Україні діє порядок забезпечення санаторно-курортними путівками громадян за рахунок коштів державного бюджету України, визначений Постановою Кабінету Міністрів України від 22 лютого 2006 р. № 187 [24]. Відповідно до неї, інваліди усіх категорій, особи, на яких поширюється чинність Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» [6], особи, зазначені у статтях 6.1–6.4 Закону України «Про жертви нацистських переслідувань» [14], особи, які проживають в інтернатних установах системи Мінпраці, інваліди, що навчаються на денному відділенні у навчальних закладах, учасники бойових дій, ветерани війни забезпечуються санаторно-курортними путівками органами праці та соціального захисту населення.

Особам, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, санаторно-курортна путівка надається згідно із Законом України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської

катастрофи» [7], у порядку, визначеному постановою Кабінету Міністрів України від 16 травня 2000 р. № 800 [25].

Порядок забезпечення хворих громадян України санаторно-курортними путівками коштом коштів державних установ і відомств, підприємств, організацій, їхню профспілкових комітетів або фінансових структур здійснюється відповідно до нормативних документів останніх.

Після того як хворий отримав путівку на санаторно-курортне лікування, він від'їжджає до оздоровниці відповідно до терміну дії путівки. У разі виникнення будь-яких ускладнень, які призводять до неможливості вчасного прибуття до санаторно-курортного закладу, необхідно бажано в письмовому вигляді попередити керівництво або відповідних працівників (з маркетингу чи реалізації путівок) про ситуацію, що склалася. Не виключено, що за наявності вільних місць можливо буде здійснити перенесення терміну дії путівки. День прибуття та день від'їзду хворого з санаторно-курортного закладу входять у термін санаторно-курортного лікування (термін дії путівки).

При надходженні пацієнта в санаторій він пред'являє заповнену путівку, паспорт і санаторно-курортну карту, порядок оформлення якої визначено спеціальними «Методичними вказівками». На підставі первинного та подальшого поглибленого огляду лікар заповнює історію хвороби та видає курортну книжку, у якій зазначає порядок і послідовність прийому процедур, необхідний руховий режим і дієту. Характер і результати проведеного лікування, а також рекомендації щодо подальшої реабілітації пацієнта відображають у відривному талоні санаторно-курортної карти, який після повернення з санаторію пред'являється пацієнтом до лікувального закладу, яке видало санаторно-курортну карту.

Курорт (санаторій), перебування на якому призводить до погіршення стану здоров'я хворого, вважається для нього протипоказаним.

Для встановлення протипоказань перебування хворого у санаторно-курортному закладі, у ньому створюється *лікарсько-консультативна рада*, головою якої є керівник оздоровниці, а до складу входять заступник керівника з медичної частини, завідувач відділенням, лікуючий лікар та, за необхідності, консультанти за спеціальностями. Рада визначає наявність у хворого протипоказань до санаторно-курортного лікування, можливість залишення хворого в оздоровниці для кліматичного, медикаментозного та іншого лікування, необхідність його госпіталізації (переведення до лікарні), або евакуації за місцем проживання, необхідність виділення хворому супровідника для здійснення евакуації.

У разі встановлення у хворого протипоказань до санаторно-курортного лікування лікарсько-консультативна рада оздоровниці складає акт у трьох екземплярах, один з яких направляється на адресу вищого органу охорони здоров'я (обласного або міського відділу охорони здоров'я за місцем проживання хворого), другий – на адресу лікувального закладу, який видав санаторно-курортну карту, для проведення по кожному з актів розслідування причин невірної відбору та направлення хворих на санато-

рно-курортне лікування та притягнення винних у цьому до відповідальності, третій екземпляр акту залишається в оздоровниці. У разі направлення хворого не власним коштом, копія акту направляється на адресу робочого органу організації, за рахунок коштів якої була придбана санаторно-курортна путівка. Усі дані про виявлених хворих із протипоказаннями фіксуються у відповідному журналі, медичній картці стаціонарного хворого (історії хвороби), санаторно-курортній книжці та зворотному талоні санаторно-курортної путівки.

Строк встановлення протипоказань перебування хворого в санаторно-курортному закладі не повинен перевищувати *п'ять діб* із моменту поступлення його до оздоровниці.

Під час здійснення евакуації хворих із санаторно-курортного закладу керівництво оздоровниці повинно максимально сприяти хворому у його проведенні (придбання проїзних квитків, доставка до транспортних терміналів), а за необхідності, відповідно до рішення лікарсько-консультативної ради, забезпечити супроводжуючим.

#### 4.2.2 Загальна характеристика програм відновного санаторно-курортного лікування

Стандартизація програм санаторно-курортного лікування є необхідною умовою досягнення максимальної ефективності лікувально-оздоровчих закладів.

Програми санаторно-курортного відновлювального лікування, згідно існуючими клінічними дослідженнями, співставлення ефективності та відповідності до новітніх науково-методичних розробок, узагальнених та викладених у вигляді висновків-рекомендацій, затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 56 від 06.02.2008 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення» [35], та наказом Міністерства охорони здоров'я України № 242 від 12.05.2008 «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією» [36].

Вони засновані на максимально можливій та клінічно допустимій, ретельно узгодженій із перебігом, стадійністю та активністю основної патології із обов'язковим урахуванням суміжних змін (ступеня ураженої функції, функціональної спроможності) задля гарантованого запобігання ускладнень з боку супутньої патології.

*Клінічний протокол* – нормативний документ, що визначає вимоги до виконання медичної допомоги хворому при певному захворюванні, з певним синдромом або при певній клінічній ситуації в медичній організації.

Методи лікування, що включені у протоколи, мають доведену ефективність та найчастіше використовуються для лікування певного захворювання, при цьому оптимізований перелік можливих методів лікування на

санаторно-курортному етапі. Методи терапії лікар може використовувати послідовно або комбіновано, з урахуванням протипоказань.

Упровадження стандартів у санаторно-курортне лікування дало змогу підвищити якість надання медичної допомоги на санаторно-курортному етапі. Для лікаря клінічний протокол економить час на роздуми, значно зменшуючи кількість помилок, і сприяє захисту лікаря від судового переслідування. Пацієнт, зі свого боку, гарантовано одержує найбільш ефективне, сучасне, безпечне і економічне лікування. Наявність регламентованих клінічних протоколів також вигідна для адміністрації лікувальної установи, оскільки дає можливість контролювати дії лікаря, обчислювати економічні витрати на діагностику та лікування. Шляхом введення стандартів діагностики та лікування, а також диференційованих підходів до термінів санаторно-курортного лікування, досягається мета підвищення якості надання санаторно-курортних послуг у курортно-рекреаційних закладах різних форм власності.

Структура реабілітаційних лікувально-відновлювальних комплексів заснована на попередній діагностиці, квазімоніторному супроводі у реабілітаційному та постреабілітаційному періодах із визначенням індивідуальної функціональної соціальної спроможності, із можливістю соціальної адаптації та повернення до праці, а також максимального наближення до усереднено здорового контингенту.

Щодо загальної структури санаторно-курортного відновлювального лікування, то варто зазначити, що будь-який реабілітаційний комплекс поряд із обов'язковими, нозологічно-орієнтованими складниками, включає кілька неодмінних загальних компонентів:

- комплекс попередніх адаптаційних заходів щодо ініціації санаторно-курортного відновлювального лікування;
- тестування реальної функціональної спроможності суміжних систем та органів;
- санаторно-курортні оздоровчо-загартувальні заходи;
- визначення наявного відновлювального резерву стосовно ураженої системи;
- визначення (прогнозування) ймовірного обсягу відновлення активності;
- соціально-побутові аспекти (потреби/вимоги) відновлення активності;
- морально-етичні аспекти реабілітаційного лікування;
- дотримання етапності, послідовності, адекватності психологічного налаштування на очікуваний результат;
- забезпечення методологічної реабілітаційної опіки;
- на післяреабілітаційному етапі – відновлення функціональної спроможності;
- реалізація у повному обсязі соціально-виробничої та побутової адаптації;
- «нозологічне» виховання («школи» пацієнтів за профілями захво-

рювань) адекватного дозування відновлювальної функції на подальших етапах медичної реабілітації [84].

Реабілітаційні програми за термінами (тривалістю) поділяються на *регламентовані* (із затвердженими термінами початку та закінчення) та *індивідуальні* (приватні, орієнтовані на індивідуальну сприйнятливість, адекватність реагування).

Виокремлюють програми:

- цільові (орієнтовані на конкретний клінічно функціональний результат);
- загально орієнтовані (стосовно стану пацієнта взагалі поза профілем основної патології).

Щодо інтенсивності відновлювальних та медичних реабілітаційних програм прийнято розрізняти комплекси:

- щадної інтенсивності;
- звичайної інтенсивності;
- інтенсифіковані (відповідно до максимальної відновлювальної спроможності та відповіді зацікавлених систем організму).

Принципово важливим в організації санаторно-курортного відновлювального лікування є відсутність деяких *протипоказань* для їх здійснення, які були наведені в підпункті 4.2.1 цієї теми.

Відповідно до загальноприйнятої структури клінічного протоколу до опису санаторно-курортного лікування того чи іншого захворювання зазвичай входить його назва, шифр по МКХ-10, окремі протипоказання, перелік обов'язкових та додаткових діагностичних методик, необхідних консультацій спеціалістів, тип санаторного режиму, дієта, обсяг методів кліматотерапії, рухового режиму, бальнеотерапії, апаратної фізіотерапії, додаткових необхідних процедур, термін лікування та показники його якості.

Після закінчення лікування хворому видається відривний талон санаторно-курортної карти для подання в поліклініку, яка її видавала, та санаторно-курортна книжка з даними про проведене в оздоровниці обстеження та лікування, його ефективності, рекомендаціями по режиму праці, харчування та відпочинку.

#### 4.2.3 Методичні підходи до оцінки ефективності відновного лікування

У санаторно-курортних закладах використовуються діагностичні методики в обсязі, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України для установ охорони здоров'я. В основі критерію ефективності щодо здійсненого санаторно-курортного відновлювального лікування є обсяг та спрямованість динаміки виявлених клініко-функціональних змін. Безумовно необхідною складовою є позитивна спрямованість зазначених зрушень, однак конкретний обсяг та якість оцінюються завжди індивідуально, зважаючи на конкретний вихідний стан та обсяг розширення здатності та спроможність конкретного пацієнта. Важливе місце в санаторно-курортному лікуванні займає складання та проведення *індивідуальної про-*



*грами реабілітації*, яка становить перелік заходів та методів в умовах санаторно-курортного закладу, що орієнтовані на особистість пацієнта та цілісний вплив на його організм. Головним критерієм ефективності наданої медичної допомоги на санаторно-курортному етапі є підвищення якості життя пацієнта.

Термін *«якість життя пов'язана зі здоров'ям»* відображує групи критеріїв: фізичні, психологічні та соціальні. Оцінка якості життя дає змогу визначити адекватність лікувальних та профілактичних заходів, тривалість ремісії в кожного конкретного пацієнта, і повинна доповнювати традиційну методологію обстеження хворого. Необхідним критерієм ефективності ранньої курортної реабілітації є *працездатність*. Лікар, під наглядом якого хворий надходить на ранню реабілітацію, може оцінити тільки попередню оцінку працездатності хворого. Для оцінки ефективності реабілітаційних заходів наприкінці лікування, оцінюється рівень відновлення працездатності.

Мінімально необхідний обсяг інструментальної та лабораторної діагностики визначається конкретним захворюванням та функціональним станом конкретного реабілітанта, але ніколи не перевищує загальнокурортних обсягів, рекомендованих до використання. Поклавши в основу досягнення медичної науки та необхідність здійснення об'єктивної оцінки результатів реабілітаційних заходів, у світовій науковій практиці все ширше використовуються засоби доказової медицини.

*Доказова медицина* встановлює не тільки перелік реальних фактів взаємозв'язку конкретного впливу застосованого лікувального чинника із певними клінічними ефектами, але й чітко метрично передбачає майбутній клінічно реєстрований ефект цього впливу, поза залежністю від супутніх можливих проявів, які спроможні викликати прогнозовані зміни у функціонуванні органів та систем. Саме встановлення математичної прогнозованої залежності бажаного терапевтичного ефекту від дози, часу, шляху та способу використання конкретного чинника – є предметом доказової медицини.

Розглядаючи методологію клінічних випробувань потрібно насамперед, зробити декілька загальних зауважень щодо етичних норм, яких необхідно дотримуватись під час організації та проведення клінічних досліджень узагалі. Зазначимо, що порівнюватимуться лише ті методи лікувального впливу, ефективність терапевтичного використання яких як пацієнт, так і лікар вважатимуть корисними та перспективними, водночас як здійснювати порівняння а рігорі не ефективних методів – є аморальним по своїй суті [84].

Також важливим є дотримання етичних норм здійснення клінічних випробувань. Головною етичною вимогою будь-якого клінічного випробування є залучення до досліджень осіб виключно на принципі добровільної згоди та при умові повної поінформованості пацієнта щодо мети здійснюваних досліджень. Недотримання цієї умови, зазвичай, призводить до порушень технології дослідження та спричиняє низку інших, «похід-

них», порушень, які, зрештою, неодмінно впливають на «чистоту» остаточних висновків.

Отже, під час виконання усіх умов оптимізації сучасного санаторно-курортного лікування, потрібно розглядати цей різновид медичної допомоги як один з найефективніших етапів комплексної терапії хворих. Сприяння розвитку та зміцненню санаторно-курортного комплексу України позитивно впливатиме на стан здоров'я населення, зменшення рівня захворюваності, інвалідності та витрат на лікування хворих у поліклініках та стаціонарах, підвищенню конкурентоспроможності вітчизняної санаторно-курортної галузі на міжнародному ринку лікувально-оздоровчого туризму.

### **Питання для самоконтролю**

1. Наведіть визначення понять «санаторно-курортний продукт» та «санаторно-курортна допомога».
2. Охарактеризуйте головні ознаки санаторно-курортних послуг.
3. У чому полягає особливість надання санаторно-курортних послуг
4. Наведіть класифікаційні ознаки санаторно-курортного продукту.
5. У який спосіб класифікують санаторно-курортний продукт за метою поїздки?
6. Який вид санаторно-курортного продукту за формою обслуговування найчастіше реалізують санаторно-курортні заклади?
7. Поясніть причини, через які транспортні послуги не включаються до складу санаторно-курортного продукту (вартості путівки)?
8. З якою метою санаторно-курортні заклади прагнуть сертифікувати засоби розміщення?
9. Наведіть особливості санаторно-курортного продукту, властиві сучасному періоду розвитку вітчизняного курортного комплексу.
10. Охарактеризуйте терміни лікування рекреантів у санаторіях. Від яких факторів вони залежать?
11. На які періоди розподіляють організацію лікування в санаторії?
12. Охарактеризуйте діагностичні та лікувальні медичні послуги, які надаються в санаторії.
13. Наведіть принципи складання комплексів лікувально-реабілітаційного характеру в санаторно-курортних закладах.
14. Охарактеризуйте причини застосування скорочених курсів санаторно-курортного лікування в санаторіях.
15. Наведіть мету здійснення санаторно-курортного відбору.
16. Хто здійснює облік безпосередніх результатів санаторно-курортного лікування?
17. Наведіть послідовність оформлення документів під час направлення та оздоровлення рекреантів у санаторно-курортних закладах: санаторно-курортної карти, довідки для отримання путівки, курортної книжки.
18. Охарактеризуйте показання та протипоказання для санаторно-курортного лікування дорослих і підлітків.

19. Охарактеризуйте діяльність лікарсько-консультативної ради при санаторно-курортному закладі.
20. Наведіть визначення поняття «клінічний протокол».
21. Визначте класифікаційні ознаки відновного санаторно-курортного лікування.
22. Наведіть визначення поняття «індивідуальні програми реабілітації», «доказова медицина».
23. Охарактеризуйте етичні норми клінічних випробувань.

## ТЕМА 5 ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ

### 5.1 Управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств на засадах маркетингу

Комерційна діяльність, яка останнім часом перебуває в стані постійних змін, набуває все більшого значення у діяльності санаторно-курортних підприємств. Невід’ємним складником комерційної діяльності є формування та управління асортиментом послуг, які поряд з місцем розташування та ціновою політикою дозволяють сформувати у споживача певний рівень сприйняття оздоровчого закладу.

*Асортиментна політика* – це цілеспрямоване розроблення оптимального асортименту товарної пропозиції на основі вимог певних груп покупців (сегментів ринку), а також необхідності забезпечення найефективнішого використання підприємством сировинних, технологічних, фінансових та інших ресурсів [76].

Необхідно, щоб процес управління асортиментною політикою здійснювався в певній логічній послідовності, тобто поетапно (рис. 5.1).



Рисунок 5.1 – Етапи управління асортиментною політикою санаторно-курортного закладу

На етапі *планування* санаторій розробляє асортимент путівок, який реалізовуватиметься в наступному періоді (році, півріччі, сезоні). Цей асортимент, зазвичай, залишається без змін (зважаючи на спеціалізацію санаторно-курортного закладу), однак коригуванню підлягає насамперед лікувально-оздоровчий складник, який входить до кожної путівки (кількість бальнеотерапевтичних, грязелікувальних, фізіотерапевтичних та інших процедур, діагностичних досліджень тощо). Цей складник формується з урахуванням стану здоров'я рекреанта за фактом його приїзду до санаторію. Однак санаторно-курортні заклади можуть освоювати нові техніки лікування та оздоровлення, залучати до процесу оздоровлення нові природні лікувальні фактори, купувати або брати в оренду новітні лікувально-діагностичні системи, упроваджувати нові СПА-процедури, послуги культурно-розважального, побутового характеру. Через це профіль санаторію може розширюватись (або скорочуватись за умови відмови від використання зазначених ресурсів). Зміни також стосуються й засобів розміщення (у разі проведення ремонтних робіт та робіт із реконструкції), організації харчування (введення нових форм меню, нових структурних підрозділів харчування (барів, літніх майданчиків кафе) тощо). Саме з урахуванням цих складників планується оновлення складу санаторно-курортних путівок, курсівок та додаткових послуг підприємства.

Функція *організації* передбачає формування асортименту зазначених послуг. На цьому етапі розглядаються варіанти включення зазначених послуг до складу путівки або їх реалізації за додаткові кошти; вдосконалюється структура управління персоналом, змінюються їхні службові обов'язки; розроблюється цінова політика за кожним складником санаторно-курортної путівки, курсівки, послуг.

Функція *мотивації* передбачає організацію процесу реалізації санаторно-курортних послуг (за видами) із застосуванням мотиваційних механізмів для персоналу та посередників.

Як мотивацію для співробітників санаторію зазвичай застосовують преміювання того персоналу, який залучений у процесі реалізації путівок, у разі досягнення або перевищення запланованого рівня продажів.

Посередники (туристські оператори, які реалізують санаторно-курортні путівки) можуть співпрацювати із санаторно-курортними установами за угодами «м'якої» та «твердої» квоти місць.

Туристські оператори укладають угоди на заповнення «*твердої*» квоти місць в санаторно-курортних закладах зазвичай на період «сезону» (травень, червень, вересень) або «високого» сезону (липень, серпень). Протягом цього періоду оговорена в угоді кількість путівок має бути реалізованою (кількість місць – заповненими).

Саме чітке виконання умов цієї угоди посередниками підлягає преміюванню з боку керівництва санаторно-курортних закладів (певних грошових премій, безоплатного відпочинку співробітників туристської фірми або безкоштовним користуванням певними видами послуг). У разі недовиконання обсягу реалізації зазначених послуг туристськими операторами,

вони підлягають штрафуванню (згідно з умовами укладеної угоди та передбачених нею штрафних санкцій).

За умовами реалізації «м'якої» квоти місць туристські оператори реалізують путівки до санаторно-курортного закладу без встановлення їхнього певного кількісного ліміту, однак при цьому вартість путівок буде вищою, ніж за умовами реалізації «твердої» квоти місць.

Функція контролю передбачає системне спостереження та аналіз ефективності управлінських рішень. На цьому етапі персонал відділу маркетингу відслідковує процес реалізації всіх видів послуг, контролює їхню якість, обсяги реалізації, технологічні аспекти надання послуг. У разі виникнення відхилень від запланованих показників персонал відділу маркетингу інформує про це вище керівництво з метою прийняття оперативних рішень і внесення змін до попередніх етапів (зазвичай функцій організації та контролю). Корегування змісту функції планування зазвичай здійснюється на наступний період (рік, півріччя, сезон).

Під час формування асортименту необхідно дотримуватися таких принципів (табл. 5.1).

Таблиця 5.1 – Принципи формування асортиментної політики (складено на основі [113])

Назва	Сутність
Поєднання	Асортиментна стратегія має знаходитися у відповідності та сприяти розвитку збутової, цінової, комунікаційної та інших стратегіям розвитку рекреаційного підприємства
Орієнтація на споживачів	Послуги мають відповідати потребам і очікуванням рекреантів
Розвиток	Асортимент має змінюватися не тільки відповідно до нових потреб, а й випереджаючи їх появу
Професіоналізм	Управління асортиментом та оцінка його параметрів має здійснюватися професіоналом, тобто людиною, яка не тільки знає специфіку санаторно-курортної діяльності, основи управління асортиментом послуг, але й має навички їх використання, а також здатність аналітично мислити, здійснювати факторний аналіз і приймати виважені рішення
Ефективність	Управління асортиментом має приносити свої плоди – збільшувати прибуток санаторію; кожна асортиментна позиція має вносити свій вклад у збільшення маржинального прибутку й рентабельності підприємства

Сьогодні необхідний асортимент оздоровчих послуг визначає сам ринок, і тому виважена товарна політика санаторно-курортних підприємств

ємств – це запорука формування збалансованого асортименту, який сприятиме зміцненню ринкових позицій закладу, отримання прибутку та привернення прихильності рекреантів. Кожне санаторно-курортне підприємство потребує формування оптимального асортименту, що становить важливий стратегічний складник його комерційної діяльності та конкурентоспроможності.

Санаторно-курортні заклади приватної форми власності на відміну від державних підприємств мають більше повноважень щодо здійснення всіх видів діяльності і, насамперед, операційної. Комерційні оздоровниці самостійно приймають рішення щодо обслуговування рекреантів у тій кількості та в ті терміни, які затверджуються керівництвом оздоровчого закладу (з урахуванням динаміки рекреаційної кон'юнктури), за відсутності відомств, яким підпорядковуються оздоровниці державної форми власності.

Підприємства приватної форми власності приймають рішення про співпрацю з державними структурами розподілу путівок (Фондами соціального страхування, профспілковими організаціями тощо) на взаємовигідних умовах. Це дає комерційним оздоровницям значну перевагу над державними (відомчими) підприємствами санаторно-курортної сфери. Однак ця перевага реалізується далеко не завжди.

Серед багатьох факторів, що впливають на розвиток санаторно-курортної галузі, зокрема підприємства СКК незалежно від їхньої форми власності, можна виокремити сезонність, яка негативно впливає на фінансовий стан санаторно-курортних підприємств і призводить до нерентабельності та їх банкрутства, тому потрібно приділити цій проблемі особливу увагу. Недоліки в управлінні асортиментом послуг приведені на рисунку 5.2.

На рисунку 5.2 введено поняття «комерційна путівка». Під *комерційними путівками* розуміють путівки, які самостійно купуються рекреантами за повну вартість без повної або часткової компенсації коштом ФСС або інших відомчих державних структур.

Відповідно під *некомерційними путівками* розуміють путівки, які купуються рекреантами з повною або частковою компенсацією їхньої вартості за рахунок ФСС або інших відомчих державних структур.

Будь-який санаторно-курортний заклад прагне розподілити обсяг реалізації послуг оптимально. Оптимальним варіантом потрібно вважати зниження коефіцієнта сезонності шляхом розподілу обсягу реалізованих послуг рівномірно протягом року. Такого результату можна досягти завдяки залученню рекреантів у санаторій на основі збільшення обсягів продажів комерційних путівок у період міжсезоння та низького сезону.

Для цього необхідно максимізувати маркетингові зусилля та внести зміни до існуючого асортименту комерційних путівок, розробити такі проекти цілорічного функціонування санаторно-курортних установ, які сприятимуть збільшенню тривалості їхньої роботи та притоку грошових коштів.

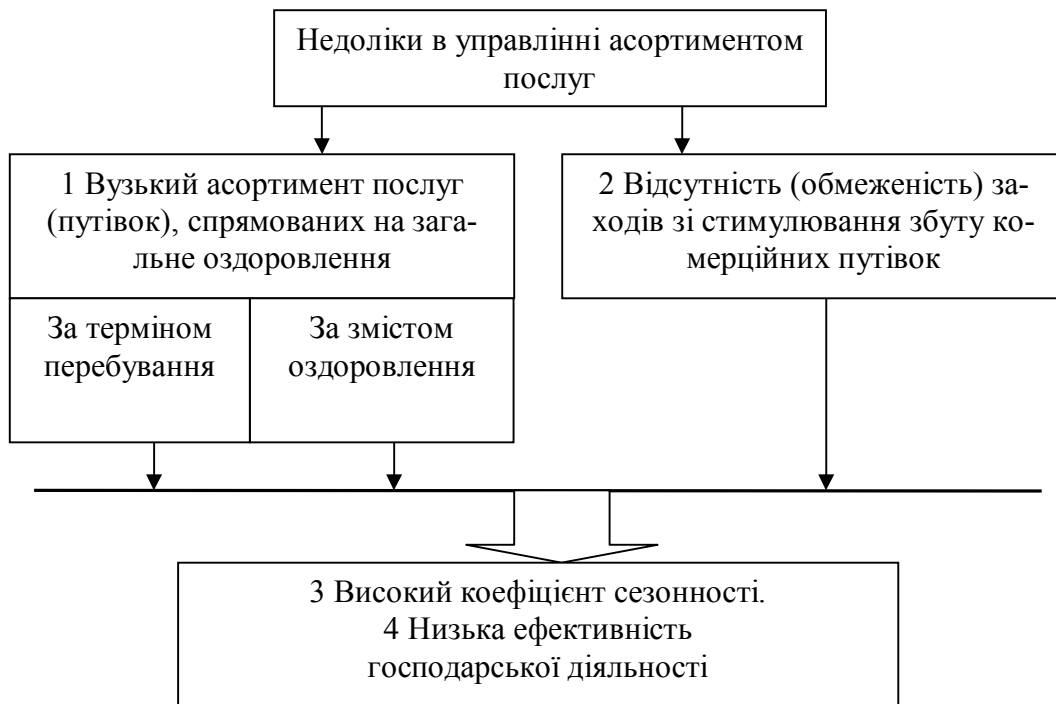


Рисунок 5.2 – Недоліки в управлінні асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств

Передусім ці зміни стосуються перегляду тривалості комерційних путівок, які слід змінити з традиційних 18–21 днів до 7–10 днів, в окремих випадках до 3–5 днів.

Також варто приділити увагу різноманіттю програм наповнення цих путівок процедурами, не стільки лікувальної, скільки оздоровчої спрямованості. Наприкінці необхідно розробити систему стимулювання збуту комерційних путівок із метою забезпечення їх рівномірного продажу протягом року.

Отже, для оптимізації реалізації рекреаційних послуг потрібно вдосконалювати систему управління асортиментом цих послуг. При цьому ключова роль має відводитися фактору сезонності, який необхідно враховувати в процесі планування реалізації послуг за місяцями протягом року.

Схематично модель управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств з урахуванням пріоритетів діяльності представлено на рисунку 5.3.

Згідно з рисунком 5.3 серед пріоритетів діяльності санаторно-курортних підприємств визначаються такі:

1. Протягом міжсезоння і низького сезону (з січня до середини травня та з середини вересня до грудня), робити акцент на реалізацію некомерційних (відомчих) путівок (планувати співпрацю з ФСС, профспілковими організаціями та іншими державними структурами на тендерній основі), а також комерційних загальнооздоровчих путівок із коротким терміном перебування.



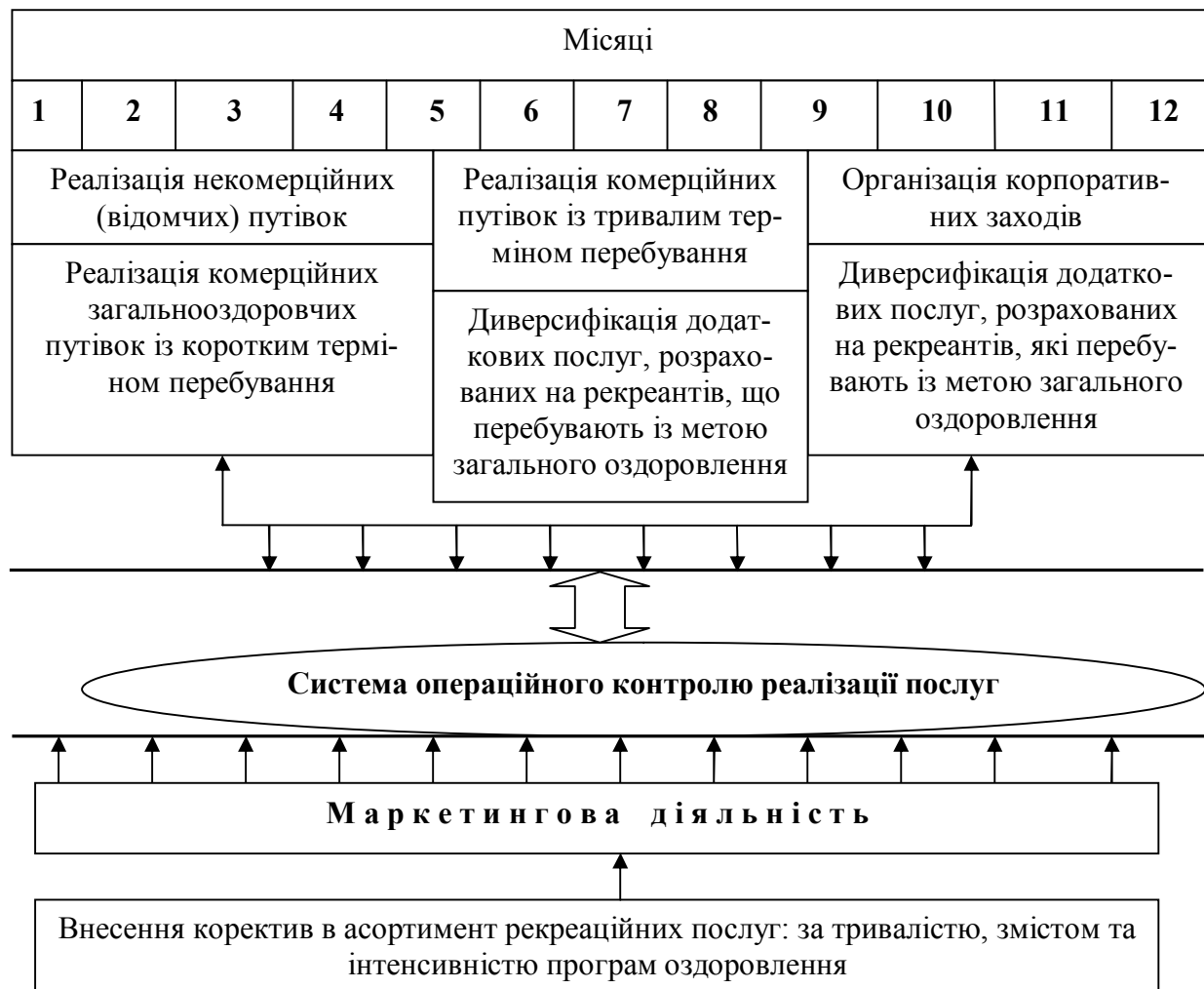


Рисунок 5.3 – Управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств з урахуванням пріоритетів їхньої діяльності

Акцент на короткий термін перебування необхідно робити з метою залучення рекреантів, які мають коротку відпустку з причин її розподілу протягом року, які в досить стислий термін зможуть як відпочити, так і оздоровитися. Окремо варто приділити увагу розробці путівок вихідного дня з відповідної програмою, що дасть змогу залучати до санаторно-курортних закладів широкий сегмент рекреантів незалежно від їхнього стану здоров'я.

Також у цей період (із січня до середини травня та з середини вересня до грудня) доцільно організовувати корпоративні заходи, проведення весіль, днів народжень, інших свят. Організація цих заходів у високий сезон також має сенс, однак при цьому потрібно враховувати високу завантаженість санаторно-курортних підприємств у цей період, що ускладнить пошук вільних площ рекреаційних підприємств, а також режим використання їх інфраструктурних підрозділів.

2. У сезон і високий сезон (із середини травня до середини вересня) пріоритетною має стати реалізація комерційних путівок із тривалим терміном перебування, з урахуванням того, що саме цей період є традиційним відпочинком для більшості працюючих громадян. В умовах ефективного

маркетингового стимулювання діяльності підприємства очікується високий попит на послуги санаторно-курортного підприємства.

Управління асортиментом послуг має ґрунтуватися на системі операційного контролю реалізації послуг. У разі виявлення відхилень від запланованих показників співробітники служби маркетингу мають виконувати коригувальні дії з реалізації рекреаційних програм, їхнього змісту та відповідної вартості.

Розглянута система управління асортиментом рекреаційних послуг поступово адаптується й для діяльності державних (відомчих) оздоровниць з урахуванням особливостей здійснення їхньої операційної діяльності та встановленням певних обмежень [47].

Також варто зазначити, що успіх підприємств на ринку в сучасних умовах, насамперед, залежить від їхньої *маркетингової діяльності* та зокрема управління маркетингом.

Однією з функцій маркетингового управління є контроль ефективності маркетингової діяльності. Сутність контролю полягає у зіставленні отриманих результатів діяльності підприємства з плановими показниками рівня розвитку задля розробки цілеспрямованого впливу організаційними, економічними, інформаційними, технологічними й функціональними заходами на розвиток і підвищення якості функціонування об'єкта оцінки.

Якщо розглядати систему контролю маркетингової діяльності, то він складається з таких елементів, як суб'єкт і об'єкт управління, прямий і зворотний зв'язки.

*Суб'єкт управління* маркетинговою діяльністю – це безпосередньо служба маркетингу санаторію, яка включає фахівців-маркетологів та їхнього безпосереднього керівника.

*Об'єкт управління* маркетинговою діяльністю – процес реалізації санаторно-курортних послуг.

*Прямий зв'язок* – це вид з'єднання елементів, при якому вихідний вплив одного елемента передається на вхід іншого елемента (інформація передається від суб'єкта управління до об'єкта).

*Зворотний зв'язок* – вид з'єднання елементів, при якому вихідний вплив одного елемента передається на вхід того ж елемента (від об'єкта управління до суб'єкта).

Тому в санаторно-курортних підприємствах має бути налагоджена система зв'язків між суб'єктами й об'єктами управління маркетинговою діяльністю. Якщо один із зв'язків є відсутнім, то може виникнути ситуація викривлення інформації. Якщо система внутрішнього контролю добре налагоджена на підприємстві, то має бути налагодженим і механізм прямих і зворотних зв'язків, оскільки контроль легше здійснювати за наслідками операції, а не за її рухом. Саме з цієї причини маркетологам дуже складно прослідкувати рух всіх операцій. Це підтверджується третім законом інформаційної динаміки, сутність якого полягає в тому, що навмисні перекручення інформації виявляються тільки за їхніми наслідками.

Налагоджений механізм прямих і зворотних зв'язків знизить ризик

при прийнятті рішення за результатами кінцевого контролю. З урахуванням зазначеного вище, процес оперативного контролю маркетингової діяльності санаторно-курортного закладу виглядає у такий спосіб (рис. 5.4).



Рисунок 5.4 – Ієрархічна структура організації контролю маркетингової діяльності санаторно-курортних закладів

Стосовно фінансових потоків, то їх контроль оптимально здійснювати на основі певних показників. Це можуть бути різні фінансові показники, що розраховуються на підприємстві за результатами маркетингової діяльності. Їх перевірка може здійснюватися шляхом перерахунку або шляхом порівняння із нормативними значеннями. Узагалі в санаторно-курортних підприємствах контролюються специфічні маркетингові показники: потоки витрат порівняно з обсягом продажів за відповідні періоди як віддачу від проведених маркетингових заходів.

У цілях контролю санаторно-курортні заклади мають розробити детальніші показники, які розраховуються для перевірки, наприклад ефективності маркетингової діяльності, ефективності каналів збуту тощо.

Повертаючись до об'єкта дискусії, потрібно зазначити, що управління асортиментом послуг – це цілеспрямований вплив на внутрішні фактори та умови, які його формують. У нових умовах господарювання вітчизня-

ним санаторно-курортним підприємствам необхідно прискорити процес створення систем управління асортиментом послуг, адаптованих до ринкових відносин, посилити їхню комерційну орієнтацію.

Побудова таких бізнес-орієнтованих систем потребує вирішення таких науково-методичних і практичних завдань:

- формування концепції управління потенціалом підприємства як складним об'єктом діагностики, оцінки, прогнозування;
- розроблення інструментарію оцінювання відповідності пакетів санаторно-курортних послуг платоспроможному попиту рекреантів;
- удосконалення механізмів підвищення кваліфікації кадрів управлінської ланки з орієнтацією на формування компетенцій щодо застосування сучасного маркетингового інструментарію (дослідження ринку, контролю ефективності маркетингових заходів тощо);
- удосконалення мотиваційних механізмів;
- розробка концепції управління змінами на підприємствах СКК тощо.

## **5.2 Маркетингові комунікації санаторно-курортних підприємств**

Дослідження особливостей реалізації комунікаційного процесу на рівні санаторно-курортних підприємств потребує аналізу сутності поняття «комунікація». На сьогодні трактувань цього терміна досить багато як закордонними, так і вітчизняними дослідниками, і залежать вони від підходів, що використовуються авторами: лінгвістичний, філософський, психологічний, соціальний, економічний, маркетинговий.

Розглянуті підходи свідчать про багатогранність та різновекторність спрямованості поняття «комунікація», що, зі свого боку, підтверджує необхідність урахування комплексного підходу в процесі планування та організації комунікаційного процесу на санаторно-курортному підприємстві.

Згідно з розглянутими підходами до визначення поняття «комунікація», напрямок розвитку комунікацій санаторно-курортного підприємства можна розділити на внутрішні та зовнішні (рис. 5.5).

При цьому маркетингові комунікації в СКК ми відносимо до зовнішніх, разом із соціальними та економічними.

*Внутрішні комунікації* санаторно-курортного підприємства передбачають дослідження:

- якості взаємодії між різними підрозділами в процесі надання послуги клієнту;
- різноманітності комунікаційних каналів, використовуваних у санаторії для передачі інформації всередині підприємства;
- якості інформації, переданої через проміжні ланки в межах організації курортного типу;
- своєчасності поширення інформації в санаторії;
- адекватності застосування тих чи інших комунікаційних каналів для забезпечення інформованості різних категорій персоналу закладу;

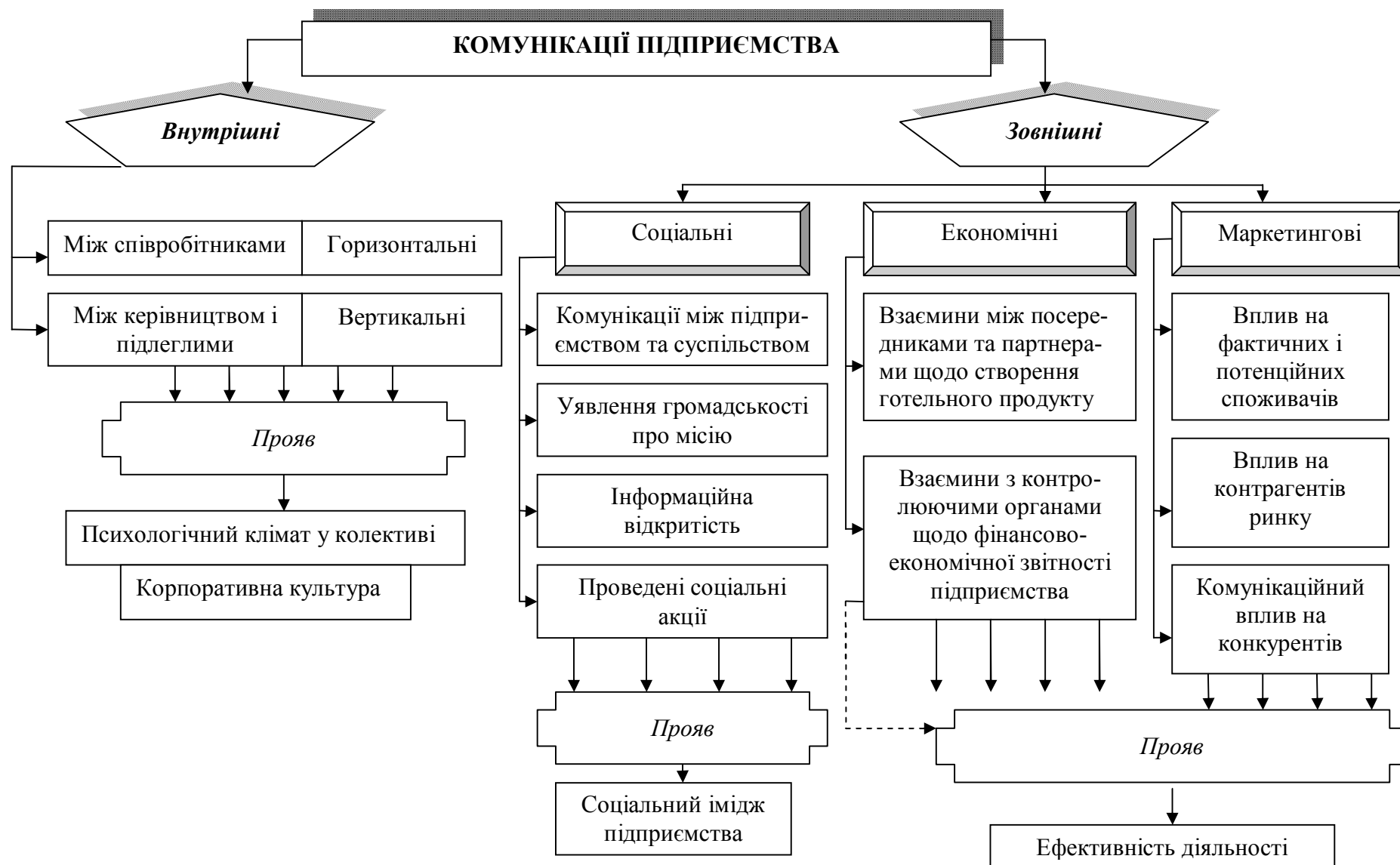


Рисунок 5.5 – Класифікація комунікацій санаторно-курортних підприємств

– впливу комунікацій на рівень корпоративної культури, що обумовлює корпоративний дух і стан соціально-психологічного клімату в колективі [81].

*Зовнішні комунікації* складаються з соціальних, економічних та маркетингових. Соціальні комунікації формують соціальний імідж підприємства, тобто позитивну суспільну думку. Позитивний суспільний імідж сприяє привабливості санаторно-курортного закладу, який призводить до збільшення кількості клієнтів. Отже, ефективні соціальні комунікації опосередковано впливають на ефективність діяльності курортного підприємства.

Зі свого боку економічні та маркетингові комунікації санаторію є частиною господарської діяльності підприємства безпосередньо впливають на фінансовий результат, тобто можливість отримання чистого прибутку.

Стрімкий розвиток рекреаційної сфери обумовлює необхідність використання маркетингових засобів просування та реалізації санаторно-курортних послуг.

Під *маркетинговими комунікаціями* розуміється систематично комбіноване використання сукупності інформаційних зв'язків – від пошуку ринкової інформації, вибору місця підприємства, ринкового сегменту, каналів збуту, визначення оптимальних умов щодо реалізації продукції до власної реклами та створення позитивного іміджу підприємства та його діяльності [62, с. 50]. Розглядаючи маркетингові комунікації у санаторно-курортній сфері, необхідно враховувати специфіку послуги у разі застосування різних елементів маркетингових комунікацій, які спочатку були виокремлені Філіпом Котлером – це реклама, стимулювання збуту, зв'язки з громадськістю та персональний продаж. Цей інструментарій був доповнений Кейт Крозьер, яка як додаткові елементи маркетингових комунікацій запропонувала такі види діяльності: пропаганда, пакування (не враховуватиметься в комплексі маркетингових комунікацій санаторно-курортних підприємств), прямий маркетинг і спонсорство.

Система маркетингових комунікацій, зі свого боку, також оперує різноманітним інструментарієм: ярмарки, виставки, комерційні презентації, рекламні видання, демонстрації, проведення конкурсів, спеціальні рекламні засоби тощо

У загальному вигляді комплекс маркетингових комунікацій наведений у вигляді рисунку 5.6.

Незважаючи на велику кількість елементів маркетингу, практика діяльності санаторно-курортних закладів у сфері маркетингу свідчить, що ефективна комунікація можлива виключно при комплексному підході та найважливішими з усіх елементів є перші три компоненти комплексу комунікацій – це реклама, стимулювання збуту та зв'язки з громадськістю. Ці три компоненти є невід'ємними та взаємопов'язаними, та такими, що доповнюють один одного.

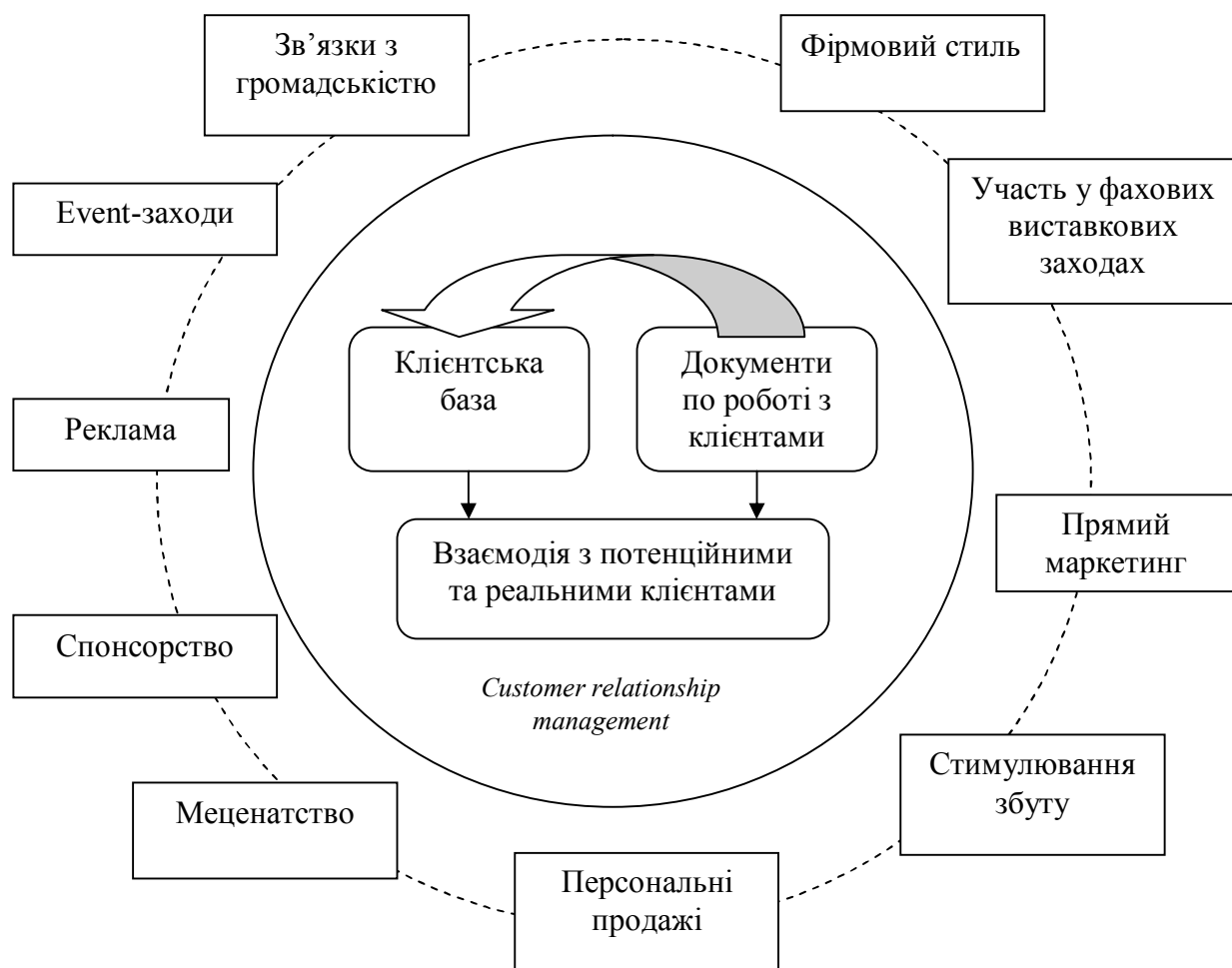


Рисунок 5.6 – Комплекс маркетингових комунікацій санаторно-курортного підприємства

Варто зазначити, що якщо комплекс маркетингових комунікацій становить загальноновизнані, стандартні елементи, які може застосовувати будь-яке санаторно-курортне підприємство, то канали поширення диференційовані залежно від типу підприємства, його функціонального призначення і, відповідно, сегмента споживачів (табл. 5.2).

За результатами наведеної вище таблиці, можна зробити висновок, що кожний засіб розміщення обирає найефективніші елементи маркетингових комунікацій і канали поширення реклами, ураховуючи при цьому безліч факторів, насамперед свої фінансові можливості.

З розвитком Інтернет-технологій у життя сучасного суспільства входить новий феномен – просування послуг за допомогою соціальних мереж.

Соціальні мережі є досить динамічними, їх можна вважати ефективним маркетинговим інструментом для просування послуг санаторно-курортних підприємств. У мережах застосовують самі різні комунікаційні формати: форуми, блоги, огляди й коментарі, викладення фотографій і відеороликів. За допомогою мереж можна просувати бренд того або іншого санаторію, формувати лояльність рекреантів, проводити моніторинг репутації підприємства, підтримувати постійний діалог із реальними та потенційними споживачами.

Таблиця 5.2 – Диференціація інструментів просування в залежності від типу засобів розміщення

Тип підприємства	Елементи маркетингових комунікацій	Канали розповсюдження
Курортний готель	Реклама, прямий маркетинг, стимулювання збуту, участь у фахових виставкових заходах, організація event-заходів	Наявність Інтернет-сайту, що постійно оновлюється; робота в соціальних мережах; розробка бонусних накопичувальних програм; публікації у фахових виданнях, зокрема виступів керівництва готелю; реклама на телебаченні, зокрема з розробкою високоякісних дорогих рекламних роликів; поштові розсилки, зокрема анкетування щодо якості послуг; організація event-заходів до річниці створення готелю, Дня міста тощо
Санаторій, пансіонат з лікуванням	Реклама, прямий маркетинг, стимулювання збуту, участь у фахових виставкових заходах	Наявність Інтернет-сайту, що постійно оновлюється; робота в соціальних мережах; розробка бонусних накопичувальних програм з акцентом на період міжсезоння; участь у фахових виставкових заходах, зокрема об'єднаним стендом; реклама на радіо; друкована реклама у періодичних виданнях, зокрема безкоштовних.

Робота у соціальних мережах передбачає витрати великої кількості часу, отже, для роботи в них краще виділяти окремого співробітника або доручати це персоналу відділам маркетингу та реклами.

З урахуванням того, що пряма реклама зареєстрованих користувачів у соціальних мережах заборонена, зусилля маркетингових підрозділів санаторно-курортних підприємств не мають спрямовуватись на залучення великої кількості нових клієнтів. У процесі роботи співробітники (ІТ-менеджери) мають проводити моніторинг того, яка репутація установи створюється в тій або іншій соціальній мережі, збирати відгуки відвідувачів даного підприємства та вчасно розмішувати позитивну інформацію про нього.

Схематично головні завдання персоналу відділу маркетингу та реклами санаторно-курортного підприємства в соціальних мережах наведені на рисунку 5.7.





Рисунок 5.7 – Головні завдання персоналу відділу маркетингу та реклами санаторно-курортного підприємства в соціальних мережах

Отже, головні завдання персоналу відділу маркетингу та реклами санаторно-курортного підприємства в соціальних мережах зводитимуться до такого:

- у разі появи негативного відгуку про оздоровчий заклад – формування на противагу позитивного відгуку;
- упровадження заходів щодо цього негативному відгуку – з’ясувавши, чим був незадоволений рекреант, як можна усунути недоліки;
- інформування гостя про дії керівництва щодо поліпшення роботи й усунення недоліків;
- робота в постійними клієнтами з метою розміщення їх позитивних відгуків у різних соціальних мережах;
- аналіз позитивних відгуків і коментарів, який припускає зворотний зв’язок із тими, хто їх залишив, – висловлення подяки гостю та запрошення відвідати санаторій знов;
- створення в популярних із точки зору відвідування мережах своїх акаунти з орієнтацією на різні аудиторії;
- інтерактивне спілкування з клієнтами (передбачає формат коментарів, опитів, тестів).

Успішний досвід використання Інтернет-технологій у СКК свідчать про перспективність застосування Інтернет-маркетингу у вирішенні кому-

нікативних і транзакційних завдань. Для активного розвитку Інтернет-маркетингу в Україні, а саме для його застосування в СКК необхідно:

- передбачити адекватний контроль із боку держави за системами оплати послуг в Інтернет-просторі;
- стимулювати залучення інвестицій для створення безпечних систем Інтернет-транзакцій на рівні великих і середніх санаторно-курортних підприємств;
- розробити системи правового забезпечення Інтернет-транзакцій;
- розробити системи пільгового оподаткування комерційних операцій, що здійснюються в Інтернеті;
- розробити політику сприяння та координації використання Інтернет-технологій оздоровчими підприємствами.

За умови розвитку ринку електронної комерції санаторно-курортні підприємства можуть створювати Інтернет-проекти, які виступатимуть інструментом пропозиції споживчої користі, що за інших рівних умов сприятиме підвищенню обсягів реалізації рекреаційного продукту та формуванню лояльності клієнтів. Тому розуміння керівництвом санаторно-курортних підприємств головних концепцій Інтернет-маркетингу є тією необхідною умовою, яка сприятиме підвищенню конкурентоспроможності підприємств цієї сфери. Таке навчання може бути організовано як у межах базової вищої освіти, так і в межах післядипломного навчання.

### **5.3 Інновації в розвитку санаторно-курортних підприємств**

У сучасних умовах функціонування вітчизняних санаторно-курортних підприємств вагомим значення набуває застосування інноваційних інструментів щодо підвищення ефективності їхньої діяльності. Варто відзначити, що з цієї позиції більшість санаторно-курортних підприємств вже усвідомили необхідність відповідних інноваційних підходів для здійснення господарських процесів. Зазначена тенденція вимагає від керівництва виокремлювати в своїй діяльності систему управління інвестиційною діяльністю, яка може стати основою для їхнього економічного зростання, підвищення рівня конкурентоспроможності та фінансово-економічної безпеки, що в підсумку позитивно відіб'ється на стані національної економіки загалом.

На думку М. Й. Ковач [69], інноваційна діяльність у санаторно-курортних комплексах повинна базуватись на таких типах інновацій:

- інновації, пов'язані з *медициною діяльністю*, вивченням бальнеологічних ресурсів регіону, – це наукові інновації, виражені інноваціями-продуктами й інноваціями-процесами;
- інновації *технічного характеру*, пов'язані з усілякими пристосуваннями для лікування хворих – представлені, переважно, інноваціями-продуктами;
- інновації *господарського характеру*, пов'язані з благоустроєм вод, також представлені інноваціями-продуктами;

– *інновації, пов'язані з інституціональними, організаційно-управлінськими процесами;*

– *соціальні інновації, пов'язані із задоволенням потреб різних соціальних груп, зокрема внутрішні інновації – спрямовані на вдосконалення умов праці персоналу та зовнішні інновації – призначені створювати позитивну думку про заклад усієї спільноти;*

– *юридичні інновації, спрямовані на створення нормативно-правового підґрунтя функціонування та розвитку санаторно-курортного господарства регіону (країни);*

– *інформаційні інновації, які базуючись на сучасних інформаційних технологіях, забезпечуватимуть просування санаторно-курортних послуг на ринок, отримання нових ідей стосовно їх удосконалення, проведення досліджень ринку споживачів;*

– *екологічні інновації, виробництво та споживання яких сприяє зменшенню інтегрального екодеструктивного впливу на довкілля, підвищенню ефективності у задоволенні санаторно-курортних потреб споживачів та розвитку санаторно-курортних закладів, що їх використовують;*

– *політичні інновації, які включають нові форми організації системи охорони здоров'я, управління на муніципальному, регіональному, національному й міждержавному рівнях санаторно-курортним комплексом, надання санаторно-курортних послуг малозабезпеченим верствам населення (пенсіонерам, дітям тощо).*

Варто зазначити, що водночас, як значення інновацій у туризмі довгий час недооцінювалася, санаторно-курортного комплексу завжди були властиві глибокі традиції та пріоритетність інноваційної діяльності. Це обумовлено низкою відмінних рис СКК.

*1. Фундаментальне значення природно-ресурсного чинника виробництва санаторно-курортного продукту.*

Якщо загалом для туризму рекреаційні ресурси виступають як незмінний екзогенний фактор територіальної організації галузі, то в санаторно-курортному комплексі вони стають ядром формування рекреаційного продукту. До того ж для забезпечення ефективності використання бальнеологічних ресурсів, ресурсів лікувальних грязей, ресурсів для організації спелеотерапії необхідні постійні інновації процесу (нові технології видобутку, обробки, транспортування та використання мінеральних вод і лікувальних грязей). Через механізм впливу природно-ресурсного чинника проявляється подібність СКК як об'єкта інноваційної діяльності з галузями промисловості, де інновації завжди мали пріоритетне значення.

*2. Зв'язок курортного справи з медичною сферою.* Інноваційні процеси в медицині є джерелом продуктивних інновацій у СКК. Такий механізм трансформації інновацій виступає обов'язковим інструментом збереження та підвищення конкурентоспроможності санаторно-курортного комплексу. В Україні спостерігається поступова інтенсифікація використання цього інструменту (табл. 5.3).

Таблиця 5.3 – Інновації в медичній сфері як джерело «продуктових» інновацій у вітчизняному СКК

Інновації в медичній сфері	Інновації в санаторно-курортному продукті	Приклади впровадження інновацій
1	2	3
Терапевтичне застосування рідкого азоту	Кріотерапія, кріосауна	Курорт Трускавець: Лікувально-рекреаційний курортний комплекс «Шале Грааль», Медичний реабілітаційний центр «Перлина Прикарпаття», ЗАТ «Санаторно-готельний комплекс «Дніпро»
Новітні методи реабілітації за допомогою обладнання, у якому використовуються різні натуропатичні методи впливу для реабілітації організму й підвищення його тонусу	Реабілітаційна капсула	Курорт Трускавець: санаторії «Аркада», «Кришталевий палац», «Алмаз», «Молдова», ПП «Еліт-Дніпро». Курорт Моршин: санаторії «Черемош», «Дністр», готель «Богдан»
Способи кодування та декодування інформації з біологічно активних точок (далі – БАТ); створення спеціальної програми, яка автоматично підбирає час лікування та БАТ для впливу	Акупунктурна діагностика, суджок терапія, акупунктура	Курорт Моршин: санаторії «Дністр», «Лаванда» Курорти Харківської області: санаторії «Роща», «Високий». Курорти Одещини: санаторії «Куяльник», «Біла Акація», «Лермонтовський»
Використання імпульсних електричних струмів, що викликають у пацієнта сон, який має лікувально-оздоровчий вплив на організм	Електросон	Санаторії Харківської області: санаторій «Роща». Курорт Трускавець: санаторії «Кришталевий палац», «Аркада», «Дніпро»; Курорт Моршин: санаторії «Лаванда», «Дністр», Черемош
Методи поєднання пелюїдотерапії та гальванізації	Гальваногрязелікування	Курорти Одещини: 10 санаторіїв. Курорт Бердянськ: 6 санаторіїв

Продовження таблиці 5.3

1	2	3
Терапевтичний вплив на тіло людини сумішшю атмосферного повітря та вуглекислого газу	Сухі вуглекислі ванни	Курорт Трускавець: курортний комплекс «Шале Грааль», санаторії «Молдова», «Дніпро» тощо. Курорт Ворзель: санаторії «Україна», «Зірка», пансіонат з лікуванням «Дубки» тощо. Курорт Поляна: санаторій «Карпати», «Шаян», «Синяк» тощо; Курорти Одещини: «Гранд Марин», «ім. Горького» тощо
Терапевтичний вплив на організм уніполярних заряджених аероіонів	Аероіонотерапія	Курорти Бердянська: санаторії «Бердянськ», «Лазурний», «Великий Луг». Курорт Трускавець: санаторії «Шахтар», ПП «Еліт-Дніпро», «Аркада». Курорти Одещини: санаторії «Магнолія», «Одеса», «Біла акація»
Терапевтичний вплив на організм газової суміші: 10 % кисню та 90 % азоту	Гіпоксітерапія	Курорт Трускавець: санаторії «Кристал», «Алмаз», «Віктор», «Молдова», готелі «Світязь», «Женєва». Курорт Моршин: санаторії «Моршинський», «Лаванда» «Черемош» Курорти Одещини: санаторії «Одеський» «Куяльник», «Біла Акація»

Водночас, будучи сегментом туристського ринку, СКК відчуває безпосередній вплив сучасних тенденцій і закономірностей інноваційної діяльності в туріндустрії та в сфері послуг загалом. Тому для його успішного функціонування поряд з технологічними процесними та продуктовими інноваціями, пов'язаними з новими досягненнями в медицині, необхідні ринкові, організаційні, або управлінські, і продуктові інновації (немедичного походження).

Крім того, на сьогодні для санаторно-курортного комплексу, як і загалом для глобальної СПА-індустрії, є доцільним виокремлення концептуальних інновацій як самостійний тип інновацій, що виконують базову роль щодо продуктових, ринкових і управлінських інновацій.

На відміну від концепції функціонування світової СПА-індустрії, у вітчизняному санаторно-курортному комплексі на сьогодні процес лікування хвороб панує як найважливіший предмет діяльності санаторно-курортних організацій, що виражається в таких відмінних характеристиках [108]:

- у визначенні медичного профілю підприємств галузі (наприклад, хвороби органів кровообігу, травлення тощо);
- у структурі санаторно-курортного продукту (висока питома вага реабілітаційних медичних процедур при порівняно низькому розмаїтті оздоровчих і косметологічних послуг);
- у структурі персоналу (переважання лікарів, що спеціалізуються на лікуванні конкретних захворювань);
- у визначенні цільових сегментів попиту на рекреаційному ринку – люди, які страждають певними захворюваннями, і в зв'язку з цим не здатні споживати комплексний санаторно-курортний продукт (наприклад, анімаційні послуги санаторно-курортних організацій), і часто володіють обмеженою купівельною спроможністю на ринку, де вони нерідко виступають так званими «вимушеними» споживачами, що орієнтуються на життєво необхідний для них мінімум рекреаційних послуг;
- у концепції просування: пріоритетними факторами позиціонування є якість медичної інфраструктури, медичний профіль та інші фактори, пов'язані з лікуванням хвороб у санаторно-курортних організаціях,
- у системі стандартів обслуговування рекреантів у санаторно-курортних організаціях – поширене ставлення до гостей як до «хворих», що перебувають на лікуванні в медичній установі.

Зміни наведеної вище концепції функціонування вітчизняного санаторно-курортного комплексу та впровадження концептуальних інновацій потрібно насамперед пов'язувати з розвитком освіти туристського профілю для забезпечення підготовки кадрів для санаторно-курортного обслуговування немедичної (економічної, управлінської) спрямованості. Як надзавдання концептуальних інновацій у санаторно-курортному сегменті представляється розгляд ВЕЛНЕС як предмета діяльності санаторно-курортних організацій, а завдання забезпечення стійкого відтворення та розвитку людського потенціалу, як місії санаторно-курортного підприємств. Це неминуче призведе до інноваційних змін у всіх зазначених вище характеристиках оздоровчих закладів, а також упровадження продуктових, ринкових і управлінських інновацій.

#### **5.4 Інтегральний аналіз ефективності управління санаторно-курортним підприємством**

Як уже зазначалося вище, санаторно-курортний заклад здійснює діяльність за різними напрямками, такими як:

- організація управління;
- маркетингова діяльність;

- економічна діяльність;
- дослідження рівня задоволеності споживачів;
- технологічні інновації [51].

Саме за цими критеріями необхідно оцінювати рівень ефективності управління курортним підприємством, тобто мова йде про інтегральну оцінку.

При цьому можна оцінювати інтегральний показник ефективності управління санаторно-курортним підприємством як за низку років у динаміці (зазвичай аналізують за 3–5 років), так і порівняно з іншими аналогічними підприємствами, які є конкурентами між собою або входять до складу одного корпоративного об'єднання. У подальших прикладах та розрахунках порівнюватимуться три санаторія, які входять до складу одного корпоративного об'єднання.

#### 5.4.1 Аналіз організації управління

Перший напрям, який включають до інтегральної оцінки управління санаторно-курортним підприємством – це організація управління. Для її аналізу необхідно оцінити структуру управління курортними підприємствами та визначити переваги й недоліки за такими критеріями:

- співвідношення управлінського й обслуговуючого персоналу (еталон дорівнює приблизно 20:80);
- коефіцієнти інтенсивності руху кадрів, зокрема коефіцієнт обороту кадрів за надходженням, за вибуттям та плинності кадрів;
- координація діяльності між керівниками різних ланок та їхніми структурними підрозділами;
- інтенсивність просування кадрів за кар'єрними сходами;
- організація підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів.
- інші аспекти управлінської діяльності [51].

1. Для розрахунку *коефіцієнта співвідношення управлінського й обслуговуючого персоналу* курортного підприємства необхідно кількість адміністративно-управлінського персоналу, а потім обслуговуючого персоналу поділити на загальну кількість персоналу підприємства (табл. 5.4).

Таблиця 5.4 – Форма для розрахунку структури кадрів курортного підприємства

Показники	Санаторій 1		Санаторій 2		Санаторій 3	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Середньооблікова чисельність персоналу, зокрема:						
– адміністративно-управлінський персонал						
– обслуговуючий персонал						

За результатами розрахунків необхідно зробити висновки.

2. Коефіцієнти інтенсивності руху кадрів характеризуються наступними показниками:

*Коефіцієнт обороту кадрів за надходженням (Ко.н.)* – це відношення кількості прийнятих на роботу до середньооблікової чисельності працівників за певний період:

$$Ко.н = Ч_{пр}/Ч_{ср}, \quad (5.1)$$

де  $Ч_{пр}$  – чисельність прийнятих на роботу, осіб;

$Ч_{ср}$  – середньооблікова чисельність працівників, осіб.

*Коефіцієнт обороту кадрів за вибуттям (Ко.в.)* – це відношення вибутих працівників до середньооблікової чисельності:

$$Ко.в = Ч_{у}/Ч_{ср}, \quad (5.2)$$

де  $Ч_{пр}$  – чисельність звільнених, осіб;

$Ч_{ср}$  – середньооблікова чисельність працівників, осіб.

*Коефіцієнт плинності кадрів (Кп.к.)* – це відношення чисельності звільнених за власним бажанням і за порушення трудової дисципліни за звітний період до середньооблікової чисельності за цей період:

$$Кп.к = У_{вб}/Ч_{ср}, \quad (5.3)$$

де  $Кп.к$  – коефіцієнт плинності кадрів;

$У_{вб}$  – кількість звільнених за власним бажанням, осіб;

$Ч_{ср}$  – середньооблікова чисельність працівників, осіб.

Результати розрахунків оформлюють у вигляді таблиці 5.5.

Таблиця 5.5 – Показників інтенсивності руху кадрів, долі одиниці

Показники	Санаторій 1	Санаторій 2	Санаторій 3
Коефіцієнт обороту кадрів за надходженням			
Коефіцієнт обороту кадрів за вибуттям			
Коефіцієнт плинності кадрів			

За результатами розрахунків необхідно зробити висновки.

3. Також необхідно проаналізувати інші організаційні аспекти діяльності курортних підприємств (координація діяльності між керівниками різних ланок та їхніми структурними підрозділами; інтенсивність просування кадрів по кар'єрних сходах; організація підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації кадрів тощо), зробивши акцент на їхніх позитивних і негативних боках в управлінні підприємствами. Зазначені аспекти управлінської діяльності наводяться описово без виконання певних розрахунків. У подальшому аналізі ці відомості впливатимуть на експертну оці-



нку показника «Організація управління», який підвищуватиметься або знижуватиметься залежно від отриманих результатів.

#### 5.4.2 Аналіз маркетингової діяльності

Другий напрям, який включають до інтегральної оцінки управління санаторно-курортним підприємством – це маркетингова діяльність.

Для аналізу ефективності маркетингової діяльності потрібно розрахувати такі показники:

- коефіцієнт співвідношення плану та факту обсягу продажів;
- коефіцієнт динаміки ринкової частки;
- рентабельність маркетингової діяльності [51].

*Коефіцієнт співвідношення плану та факту обсягу продажів* розраховують за формулою:

$$K_{V_{пл/ф}} = \frac{V_{пр ф}}{V_{пр пл}}, \quad (5.4)$$

де  $K_{V_{пл/ф}}$  – коефіцієнт співвідношення плану та факту обсягу продажів курортних послуг, частки одиниці;

$V_{пр ф}$  – фактичний обсяг продажів курортних послуг, ліжко-днів наданих;

$V_{пр пл}$  – запланований обсяг продажів курортних послуг, ліжко-днів наданих.

Еталонний показник коефіцієнта співвідношення плану та факту обсягу продажів має бути більшим або дорівнюватиме 1 ( $K_{V_{пл/ф}} \geq 1$ ).

*Коефіцієнт динаміки ринкової частки* визначають за формулою:

$$K_{Д рч} = \frac{Рч_{зв н}}{Рч_{б н}}, \quad (5.5)$$

де  $K_{Д рч}$  – коефіцієнт динаміки ринкової частки;

$Рч_{зв н}$  – ринкова частка підприємства у звітному періоді;

$Рч_{б н}$  – ринкова частка підприємства у базисному періоді.

Еталонний показник коефіцієнта динаміки ринкової частки має тенденцію до збільшення.

*Рентабельність маркетингової діяльності* визначають за формулою:

$$P_{МД} = \frac{П_{МЗ}}{В_{МЗ}} \cdot 100, \%, \quad (5.6)$$

де  $P_{МД}$  – рентабельність маркетингової діяльності;

$П_{МЗ}$  – прибуток від маркетингових заходів;

$В_{МЗ}$  – витрати на маркетингові заходи.

Еталонний показник рентабельність маркетингової діяльності має бути більшим за 10% ( $K_{MD} > 10\%$ ).

За результатами розрахунків потрібно зробити висновок щодо ефективності здійснення маркетингової діяльності курортних підприємств.

#### 5.4.3 Аналіз ефективності економічної діяльності

Третім напрямом, який входить до інтегральної оцінки управління санаторно-курортним підприємством, є ефективність економічної діяльності. Для її оцінки потрібно визначити та проаналізувати такі показники:

- коефіцієнт динаміки обсягу наданих послуг (індекс приросту (скорочення) обсягу наданих послуг).
- динаміку прибутків (збитків) курортних підприємств;
- рентабельність витрат курортних підприємств;
- рентабельність продажів курортних підприємств [51].

1. Динаміку *обсягу наданих послуг* визначають як відношення фактичного показника наданих послуг до обсягу наданих послуг у базисному періоді:

$$K_{Днп} = \frac{V_{посл\ зв\ n}}{V_{посл\ б\ n}}, \quad (5.7)$$

де  $K_{Днп}$  – коефіцієнт динаміки наданих послуг;

$V_{посл\ зв\ n}$  – фактичний показник наданих послуг або обсяг послуг звітного періоду;

$V_{посл\ б\ n}$  – обсяг наданих послуг у базисному періоді.

Еталонний показник коефіцієнта динаміки наданих послуг має бути більшим або дорівнюватиме 1 ( $K_{Днп} \geq 1$ ).

2. Аналіз *динаміки прибутків (збитків)* курортних підприємств необхідно навести у вигляді таблиці 5.6.

Таблиця 5.6 – Фінансові показники діяльності курортних підприємств за звітний період, тис. грн

Показники	Санаторій 1	Санаторій 2	Санаторій 3
1	2	3	4
1 Валовий дохід від надання послуг			
2 Чистий дохід від надання послуг			
3 Собівартість наданих послуг			
4 Валовий прибуток (збиток)			
5 Адміністративні витрати			
6 Витрати на збут			
7 Інші операційні витрати			
8 Інші операційні доходи			

Продовження таблиці 5.6

1	2	3	4
9 Результат від операційної діяльності			
10 Податок на прибуток			
11 Чистий прибуток (звітний період)			
12 Чистий прибуток базисного періоду			
13 Абсолютний приріст, тис. грн			
14 Темп приросту, %			

*Чистий дохід від надання послуг* – це валовий дохід підприємства за винятком суми ПДВ:

$$ЧД = ВД : 120 \cdot 100, \% \quad (5.8)$$

де *ЧД* – чистий дохід;  
*ВД* – валовий дохід.

*Валовий прибуток* визначаємо як різницю між чистим доходом від надання послуг і собівартістю наданих послуг (п. 2 – 3).

*Результат від операційної діяльності* визначається як різниця між валовим прибутком (збитком) і адміністративними витратами, витратами на збут та іншими операційними витратами плюс інші операційні доходи (п. 4 – 5 – 6 – 7 + 8).

*Податок на прибуток* розраховується у тому разі, якщо результат від операційної діяльності приймає позитивне значення. Ставка податку на прибуток дорівнює 18 % (п. 9  $\times$  0,18).

*Чистий прибуток за звітний період* визначаємо як різницю між результатом від операційної діяльності й податком на прибуток.

*Абсолютний приріст* величини прибутку розраховують за формулою:

$$\Delta y = y_n - y_1, \quad (5.9)$$

де  $\Delta y$  – абсолютний приріст величини чистого прибутку, тис. грн;

$y_n$  – величина чистого прибутку звітного періоду;

$y_1$  – величина чистого прибутку базисного періоду.

*Темп приросту* величини прибутку розраховують за формулою:

$$T_{np} = \frac{y_n - y_{n-1}}{y_{n-1}}, \quad (5.10)$$

де  $T_{np}$  – темп приросту чистого прибутку, тис. грн.

За результатами розрахунків необхідно зробити висновки щодо динаміки фінансових результатів курортних підприємств.

3. Необхідно визначити такі види рентабельності витрат курортних підприємств.

*Рентабельність витрат основної діяльності* є відношення валового прибутку від реалізації послуг до собівартості наданих послуг:

$$P_{\text{вод}} = \frac{ПВ}{С} \cdot 100, \%, \quad (5.11)$$

де  $P_{\text{вод}}$  – рентабельність витрат основної діяльності, %;

$ПВ$  – валовий прибуток від реалізації послуг, тис. грн;

$С$  – собівартість послуг, тис. грн.

*Загальна рентабельність витрат* визначається як відношення прибутку, отриманою в цілому по підприємству (результат від операційної діяльності) до загальних витрат (суми собівартості послуг, адміністративних витрат, витрат на збут та інших операційних витрат):

$$P_{\text{заг}} = \frac{РОД}{ЗВ} \cdot 100, \%, \quad (5.12)$$

де  $P_{\text{заг}}$  – загальна рентабельність витрат, %;

$РОД$  – результат від операційної діяльності, тис. грн;

$ЗВ$  – загальні витрати, тис. грн.

*Чиста рентабельність витрат* визначається як відношення чистого прибутку (прибутку після оподаткування) до загальних витрат:

$$P_{\text{чист}} = \frac{П_{\text{чист}}}{ЗВ} \cdot 100, \%, \quad (5.13)$$

де  $P_{\text{чист}}$  – чиста рентабельність витрат, %;

$П_{\text{чист}}$  – чистий прибуток, тис. грн;

$ЗВ$  – загальні витрати.

Результати аналізу рентабельності витрат курортних підприємств необхідно навести у вигляді таблиці 5.7 та на рисунку «Динаміка рентабельності витрат».

Таблиця 5.7 – Рентабельність витрат курортних підприємств, %

Показники	Санаторій 1	Санаторій 2	Санаторій 3
Рентабельність витрат основної діяльності			
Загальна рентабельність витрат			
Чиста рентабельність витрат			

4. Останнім кроком в аналізі економічної діяльності курортних підприємств є розрахунок рентабельності продажів.

Рентабельність продажів курортних підприємств розраховується за формулою:

$$P_{\text{прод}} = \frac{\text{ЧП}}{\text{ЧД}} \cdot 100, \%, \quad (5.14)$$

де  $P_{\text{прод}}$  – рентабельність продажів курортних підприємств;

ЧП – чистий прибуток;

ЧД – чистий дохід.

За результатами розрахунків, які характеризують економічну діяльність курортних підприємств, необхідно зробити загальні висновки та виявити підприємства з більшою та меншою ефективністю діяльності.

#### 5.4.4 Аналіз рівня задоволеності споживачів

Для оцінки рівня задоволеності споживачів необхідно проаналізувати структуру споживачів курортних підприємств за допомогою *методу маркетингового шкалювання*, який передбачає проведення вибіркового польового маркетингового дослідження та визначення профілю задоволеності певних груп споживачів за формулою:

$$A = \frac{f(x_i)}{\sum_{i=1}^5 x_i} = \frac{1x_1 + 2x_2 + 3x_3 + 4x_4 + 5x_5}{\sum_{i=1}^5 x_i}, \quad (5.15)$$

де  $A$  – рівень задоволеності груп споживачів;

$x_1$  – частка повністю незадоволених споживачів;

$x_2$  – частка незадоволених споживачів;

$x_3$  – частка нейтральних споживачів;

$x_4$  – частка задоволених споживачів;

$x_5$  – частка повністю задоволених споживачів;

$x_i$  – сума часток усіх споживачів (100 %).

Шкала оцінки ступеня задоволеності: від 1 – цілком не задоволені до 5 – повністю задоволені. Вихідні дані для виконання розрахунків необхідно навести у вигляді таблиці 5.8.

Таблиця 5.8 – Вихідні дані для застосування методу маркетингового шкалювання, % (приклад)

Показники	Санаторій 1	Санаторій 2	Санаторій 3
1	2	3	4
$x_1$ – частка повністю незадоволених споживачів	35	32	33

Продовження таблиці 5.8

1	2	3	4
$x_2$ – частка незадоволених споживачів	32	33	37
$x_3$ – частка нейтральних споживачів	18	19	17
$x_4$ – частка задоволених споживачів	10	11	10
$x_5$ – частка повністю задоволених споживачів	5	5	3

Санаторій 1 :  $A = (1 \times 35 + 2 \times 32 + 3 \times 18 + 4 \times 10 + 5 \times 5) / 100 = 2,18$ ;

Санаторій 2 :  $A = (1 \times 23 + 2 \times 33 + 3 \times 19 + 4 \times 11 + 5 \times 5) / 100 = 2,15$ ;

Санаторій 3 :  $A = (1 \times 33 + 2 \times 37 + 3 \times 17 + 4 \times 10 + 5 \times 3) / 100 = 2,13$ .

Еталонне значення цього показника – 5 балів.

Після виконання розрахунків, отримані результати потрібно навести графічно. Коефіцієнт маркетингового шкалювання по досліджуваним санаторіям наведений на рисунку 5.8.

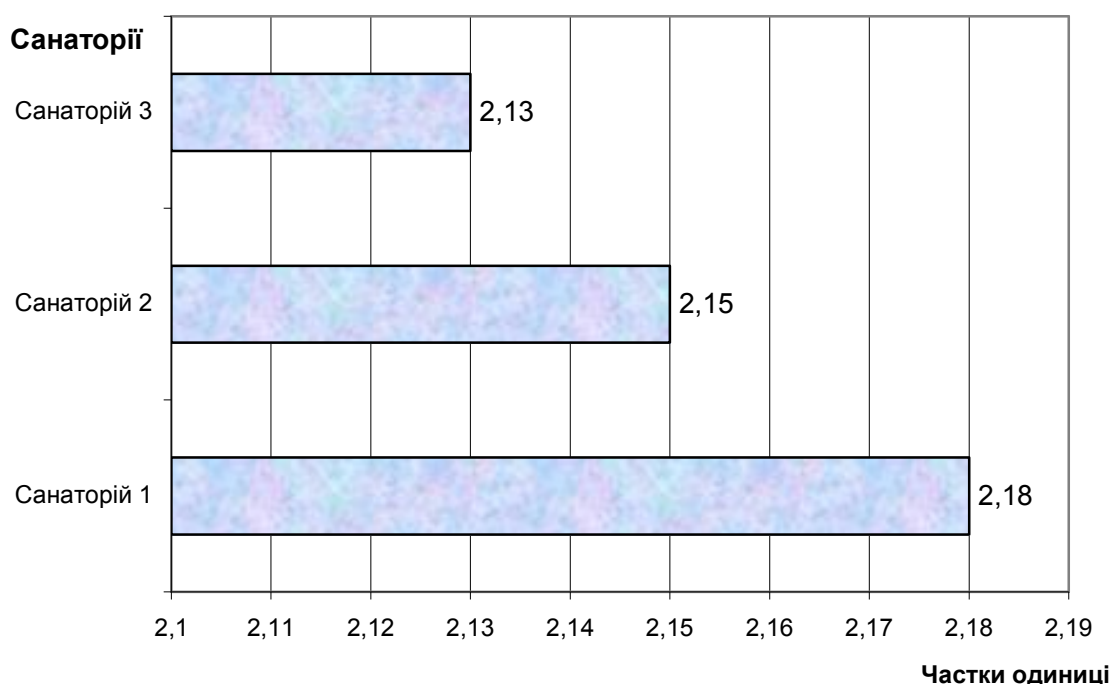


Рисунок 5.8 – Динаміка коефіцієнта маркетингового шкалювання за досліджуваними курортними підприємствами (приклад)

Отже, необхідно приймати управлінські рішення щодо підвищення рівня задоволеності споживачів рекреаційних послуг.

За результатами розрахунків потрібно зробити висновок про рівень задоволеності курортними послугами рекреантами досліджуваних підприємств. За результатами виконаних розрахунків (табл. 5.9) можна зробити висновок про те, що клієнти досліджуваних санаторіїв є недостатньо задо-

воленими наданими послугами, оскільки отримані результати є вдвічі нижчими за еталонний показник (5 балів).

#### 5.4.5 Аналіз технологічних інновацій

Останнім кроком в аналізі показників, які входять до складу інтегральної оцінки управління санаторно-курортним підприємством є аналіз технологічних інновацій.

За цим напрямом аналізують:

- застосування новітніх прогресивних методів обслуговування, програм лікування, що надаються клієнтам.
- інновації в обслуговуванні гостей поверховими службами;
- наявність інноваційних технічних засобів та системи, що забезпечують процес прибирання номерного фонду та нежилых приміщень санаторіїв;
- упровадження інновацій у сферу надання додаткових послуг;
- застосування новітніх інформаційних систем [51].

У процесі аналізу технологічних інновацій особливу увагу потрібно приділити наявності сучасних програм лікування та оздоровлення, таких як «Антистрес», «Програми омолодження і схуднення», «Короткострокові програми перебування менеджерів» (програми корпоративних заходів), «Догляд за батьками» (програми перебування літніх людей) та інші.

Оцінка наявності технологічних інновацій санаторно-курортних підприємств проводиться експертним методом, із застосуванням метода балів.

Результатом оцінювання ефективності управління курортними підприємствами має стати присвоєння рейтингу інноваційного розвитку за 10-ти бальною шкалою для кожного підприємства за кожним з п'яти досліджуваних критеріїв.

Приклад складання рейтингу санаторно-курортних підприємств за рівнем ефективності управління наведений в таблиці 5.9.

Таблиця 5.9 – Рейтинг курортних підприємств за рівнем ефективності управління (приклад)

Санаторії	Організація управління	Маркетингова діяльність	Економічна діяльність	Рівень задоволеності споживачів	Технологічні інновації
С 1	6	4	7	5	4
С 2	7	6	7	4	3
С 3	5	4	5	4	3

Після заповнення таблиці необхідно зробити висновки з таких питань:

- які курортні підприємства мають найбільший середній рейтинг (за всіма критеріями), а які є аутсайдерами за середнім значенням;

– який критерій був найвищим із досліджуваних, а який мав досить низький бал у досліджуваній сукупності курортних підприємств.

#### 5.4.6 Інтегрована оцінка ефективності управління курортними підприємствами

Дані таблиці 5.9 дозволяють скласти інтегральну матрицю ефективності управління курортними підприємствами (табл. 5.10) [51].

Таблиця 5.10 – Інтегральна матриця ефективності управління курортними підприємствами (max = 10 балів) (приклад)

Ключові фактори успіху	Оцінка фактора	Санаторій 1		Санаторій 2		Санаторій 3	
		Рейтинг	Загальна оцінка	Рейтинг	Загальна оцінка	Рейтинг	Загальна оцінка
1 Організація управління	0,25	6	1,50	7	1,75	5	1,25
2 Маркетингова діяльність	0,25	4	1,00	6	1,50	4	1,00
3 Економічна діяльність	0,15	7	1,05	7	1,05	5	0,75
4 Рівень задоволеності споживачів	0,15	5	0,75	4	0,60	4	0,60
5 Технологічні інновації	0,20	4	0,80	3	0,60	3	0,60
Усього:	1,0	–	5,10	–	5,50	–	4,20

Друга колонка «Оцінка фактора» (табл. 5.10) встановлюється експертами в галузі управління та фахівців з санаторно-курортної сфери. Рейтинг за кожним з п'яти критеріїв переноситься з таблиці 5.9.

Загальна оцінка розраховується шляхом множення оцінки фактора та рейтингу, отриманого санаторієм за кожним ключовим фактором успіху.

Після розрахунку всіх показників для їх наочного зображення варто побудувати графіки інтегрованого показника ефективності управління курортними підприємствами (рис. 5.9) та розподілу балів за ключовими факторами успіху (рис. 5.10).



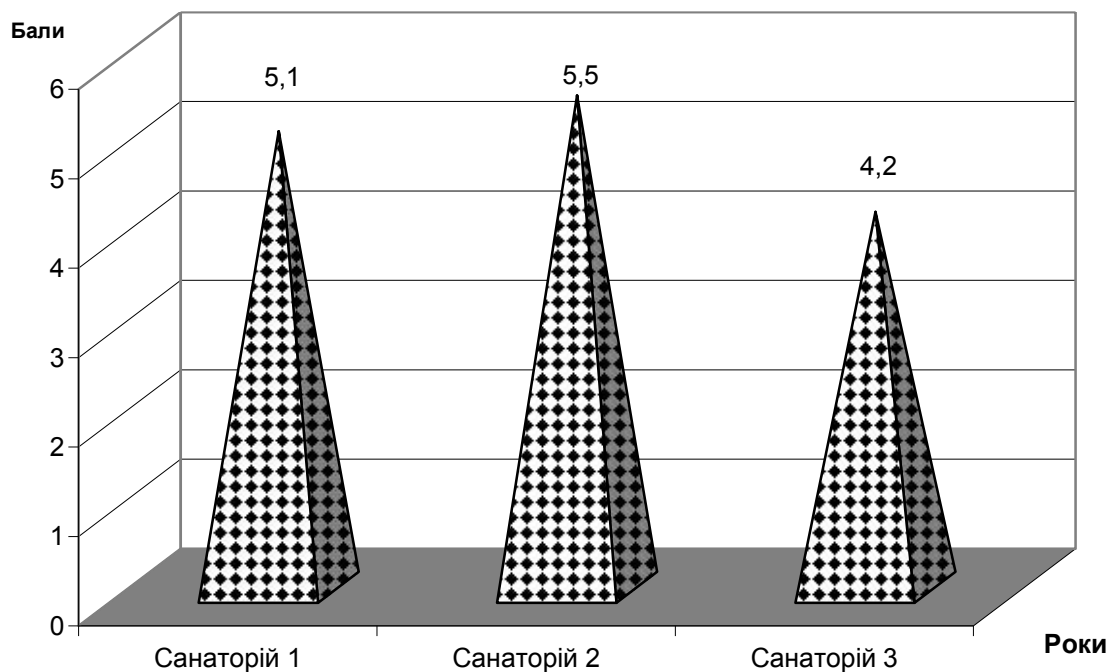


Рисунок 5.9 – Інтегрований показник ефективності управління курортними підприємствами (приклад)

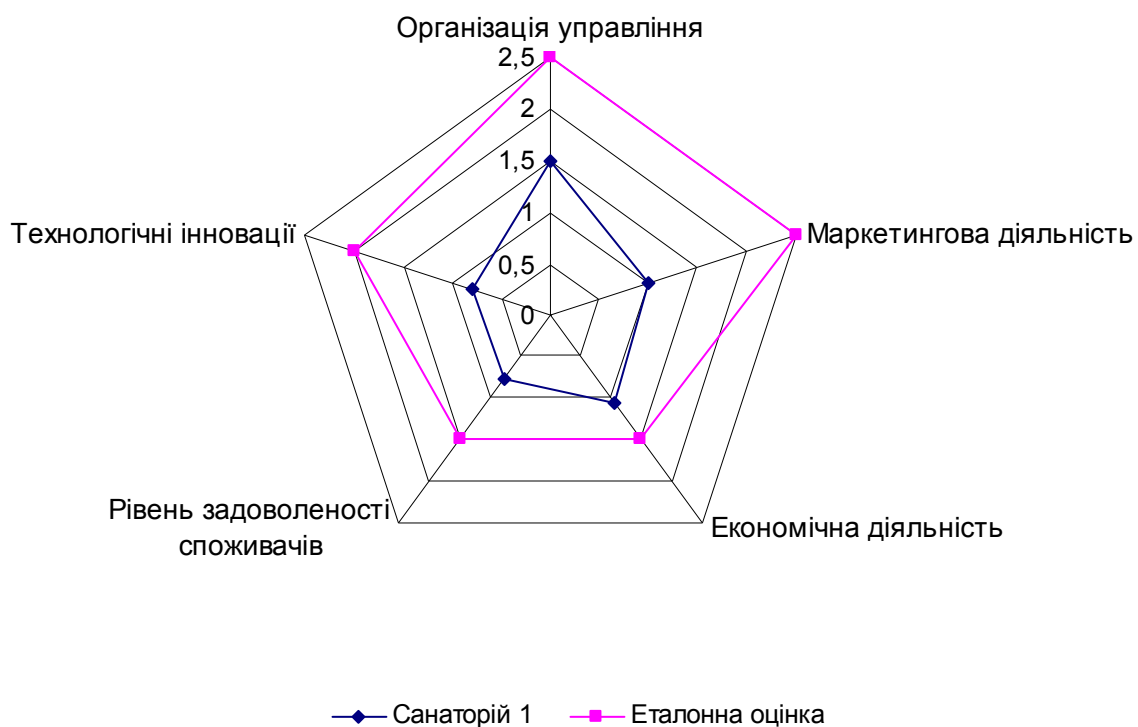


Рисунок 5.10 – Розподіл балів за ключовими факторами успіху для санаторію 1 (приклад)

Останній графік побудовано разом з еталонною оцінкою. Таке представлення результатів дає змогу графічно оцінити рівень відставання аналізованого підприємства від еталонних значень.

За результатами розрахунків потрібно зробити висновки щодо рівня ефективності управління всіма досліджуваними курортними підприємствами, а також навести рекомендації щодо підвищення рівня ефективності управління.

Отже, за наведеними прикладами можна зробити такі висновки.

Найвищий інтегральний показник ефективності управління курортним підприємством має санаторій 2, однак розрив в оцінках аналізованого показника з іншими санаторіями є незначним. Найвищі бали санаторій 2 отримав за критеріями «Організація управління» та «Економічна діяльність» – 7 балів, найнижче значення – за критерієм «Технологічні інновації». Варто зазначити, що останній критерій був досить низьким у кожного аналізованого підприємства.

Отже, можна зробити висновок про обмежені технологічні інновації санаторно-курортних підприємств або про їх повну відсутність.

Також можна зробити висновок про необхідність розробки та прийняття управлінських рішень щодо комплексного підвищення інтегральної оцінки управління всіма досліджуваними санаторно-курортними підприємствами, насамперед за критеріями «Технологічні інновації» та «Задоволеність споживачів».

### **Питання для самоконтролю**

1. Дайте визначення поняття «асортиментна політика». З якою метою її визначають у санаторно-курортних підприємствах?
2. Охарактеризуйте етапи управління асортиментною політикою санаторно-курортного закладу. Який зв'язок існує між цими етапами?
3. Визначте особливості планування асортименту санаторно-курортних путівок.
4. Розкрийте особливості функції організації в процесі управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств.
5. Охарактеризуйте функцію мотивації в процесі управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств. У який спосіб вона реалізується стосовно до персоналу та посередників?
6. У чому полягає сутність реалізації санаторно-курортних путівок за «твердою» та за «м'якою» квотою місць?
7. Охарактеризуйте функцію контролю в процесі управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств.
8. Охарактеризуйте дії персоналу відділу маркетингу в разі виникнення відхилень від запланованих показників у процесі реалізації санаторно-курортних послуг.
9. Наведіть принципи формування асортиментної політики.

10. Визначте різницю між «комерційними» та «некомерційними» путівками, які реалізуються в санаторно-курортних закладах.

11. Охарактеризуйте існуючі недоліки в управлінні асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств.

12. Наведіть послідовність управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств з урахуванням пріоритетів їхньої діяльності.

13. Обґрунтуйте необхідність здійснення маркетингової діяльності санаторно-курортними підприємствами. У чому вона полягає?

14. Визначте суб'єкт та об'єкт управління маркетинговою діяльністю.

15. У чому полягає прямий та зворотний зв'язок у процесі маркетингової діяльності санаторно-курортних закладів.

16. Охарактеризуйте ієрархічну структуру організації контролю маркетингової діяльності санаторно-курортних закладів.

17. Охарактеризуйте зовнішні та внутрішні маркетингові комунікації санаторно-курортного підприємства.

18. У який спосіб диференціюються інструменти просування в залежності від типу засобів розміщення?

19. Наведіть головні завдання персоналу відділу маркетингу та реклами санаторно-курортного підприємства в соціальних мережах.

20. Які типи інновацій існують у санаторно-курортних закладах?

21. Наведіть відмінності між інноваціями в туризмі та санаторно-курортній сфері. Чим ці відмінності обумовлені?

22. Наведіть приклади інновацій у медичній сфері, які є джерелом «продуктових» інновацій у вітчизняному СКК.

23. За якими напрямками здійснюється інтегральний аналіз ефективності управління санаторно-курортним підприємством?

24. Які показники включають до оцінки організації управління санаторно-курортними закладами? Чи мають вони еталонний показник?

25. Які показники відображують інтенсивність руху кадрів на підприємстві? Як вони розраховуються?

26. Які показники розраховують для оцінки маркетингової діяльності підприємства?

27. Які показники свідчать про ефективність діяльності підприємства? Як вони розраховуються?

28. Який метод використовують для оцінки рівня задоволеності споживачів? Чи є у цього показника еталонне значення?

29. У який спосіб оцінюють технологічні інновації санаторно-курортних підприємств?

30. У який спосіб будують інтегральну матрицю ефективності управління курортними підприємствами та як інтерпретуються отримані результати розрахунків?

## ТЕМА 6 СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ТА УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ

### 6.1 Санаторно-курортний кластер як інноваційна форма розвитку території

Кластерний підхід останніми роками перетворився у ключовий інструмент туристської політики провідних європейських держав. Однак його практичне застосування для формування ефективного локального підприємницького середовища, створення рекреаційно-туристської інфраструктури, підвищення конкурентоспроможності рекреаційно-туристських дестинацій ще недостатньо вивчені та оцінені вітчизняною практикою.

Отже, проаналізуємо підходи до визначення поняття «кластер».

Головні положення концепції кластерного розвитку території було наведено М. Портером, хоча зараз з'явилося багато варіацій його визначення. М. Портер наводить два взаємодоповнюючі визначення кластера:

- як географічну локалізацію в регіоні взаємопов'язаних підприємств і установ у межах окремої галузі;
- як мережу компаній постачальників, виробників, посередників та інших, пов'язаних із ними елементів ринкової інфраструктури (освітні заклади, органи державного управління), що взаємодіють у процесі створення додаткової вартості [118, с. 207].

В. М. Геєць під промисловим кластером розуміє «групу територіально-локалізованих підприємств, навчально-виробничих та фінансових компаній, зв'язаних між собою по технологічному ланцюжку або орієнтованих на загальний ринок ресурсів або споживачів (мережевий взаємозв'язок), маючу мережеву форму управління, конкурентоспроможних на конкретному рівні та здатних генерувати інноваційну складову» [59].

Доцільність включення транскордонних регіонів у процеси кластеризації обґрунтовує Н. А. Мікула, підкреслюючи у своїй роботі такі особливі риси транскордонних кластерів: «групи незалежних компаній та асоційованих інституцій, які є географічно зосереджені у транскордонному регіоні; співпрацюють та конкурують; спеціалізуються у різних галузях, пов'язані спільними технологіями та навичками та взаємодоповнюють одна одну, що в кінцевому підсумку дає можливість отримання синергетичних та мережевих ефектів, дифузії знань та навиків» [78].

На сьогодні чинним законодавством України не закріплено чіткого визначення категорії «кластер», опосередковано він входить до складу інноваційної інфраструктури із визначеними галуззю діяльності та типом функціонування, орієнтованим на створення та впровадження наукоємної конкурентоспроможної продукції» [26].

Також варто зазначити, що на сьогоднішні відсутня *нормативно-правова база*, яка регулює діяльність кластерів, що ускладнює процес їх утворення та функціонування:

– держава в особі Кабінету Міністрів України підтримує розвиток кластерів шляхом затвердження концепцій і стратегій, де передбачено створення науково-інноваційно-виробничих, технологічних та інноваційних кластерів;

– ст. 120 та 127 Господарського кодексу України дають можливість утворити інші об'єднання підприємств, які передбачені законом, однак наразі відсутній такий закон, що регулює діяльність кластера як форми об'єднання підприємств;

– у Законі України «Про зайнятість населення» передбачається розвиток кластерів народних художніх промислів.

Ознайомившись із типовими ознаками кластерів, підходами до визначення цього поняття закордонними та вітчизняними фахівцями, сформуємо визначення поняття «кластер».

Отже, *кластер* – це група географічно локалізованих, взаємопов'язаних компаній, науково-дослідних та інших організацій, взаємодоповнюючих діяльність один одного з метою посилення конкурентних переваг учасників кластеру і, відповідно, підвищення ефективності регіональної господарської системи.

Користь від формування кластеру створюється завдяки *синергетичному ефекту*.

Синергізм означає перевищення сукупним результатом суми факторів, що його складають. Синергетичний ефект надає можливість вирішити проблеми взаємозв'язку між різними видами діяльності одного чи декількох суб'єктів господарювання, щоб досягти більш високих результатів, ніж у разі автономних дій за кожним видом діяльності кожного підприємства, яке функціонує у визначеній групі підприємств.

Дія синергетичного ефекту спрямована на якісну зміну всієї системи, а також структури та механізмів взаємодії її елементів. Унаслідок цих змін відбувається зростання кількісних та якісних показників функціонування.

Аналіз показує, що кластеризація туристської сфери діяльності, як перспективного напрямку економіки України, відбувається повільними темпами, хоча спостерігається позитивна її динаміка. Найуспішнішими прикладами стали: кластер зеленого туризму «Оберіг», туристський кластер «Кам'янець», кластер «ЕКОТУР», туристично-рекреаційний кластер «Гоголівські місця Полтавщини», Славутицька міська громадська організація «Туристський кластер – Славутич», «Туристський кластер «Південне туристичне кільце» [41]. З'являються ініціативи створення кластерів й в інших областях України.

Розглянемо кластер як ефективну форму організації господарського механізму функціонування рекреаційно-туристської системи. Найважливішим у цьому разі є те, що підприємства різних галузей повинні, для досягнення найбільшої ефективності діяльності, працювати, виділяючи саме рекреаційно-туристичну сферу за пріоритетну. І таке рішення було б виправданим за даних умов, оскільки саме ця сфера має змогу задовольнити потреби місцевих підприємців та мешканців.

Головною *метою* створення рекреаційно-туристських кластерів є внесок в оновлення та зміцнення регіонального економічного потенціалу: підвищення конкурентоспроможності рекреаційно-туристської галузі держави.

Засобами досягнення мети повинні стати: визначення державних економічних пріоритетів, оптимального розподілу державної підтримки підприємств кластера; формування організаційної структури, необхідної для закріплення коопераційної системи й виконання коопераційних проєктів.

Головні *завдання*, якими повинен займатися рекреаційно-туристський кластер, такі:

- управління розвитком туристського й оздоровчого центру, координація роботи його установ, підприємств і служб торгівлі, комерційної діяльності, сервісу;

- акумуляція розрізнених фінансових, матеріальних і трудових ресурсів регіону, установ туризму, відпочинку й оздоровлення населення, комерційних підприємств і служб ринкової інфраструктури, їх множення та раціональне використання з метою ефективного розвитку рекреації;

- залучення вітчизняних та іноземних інвесторів до фінансування модернізації та нового будівництва рекреаційних об'єктів, сервісного обслуговування й комерційної діяльності;

- формування та раціональне використання цільових фондів; зростання рівня послуг, які надаються підприємствами кластеру: сприяння відтворенню та захисту природних комплексів і екосистем, флори й фауни, історико-культурних пам'яток;

- прогнозування та програмування перспективного розвитку кластеру, його фінансово-економічної та інвестиційної діяльності.

Кластерні утворення дають можливість активізувати джерела фінансування окремих курортних територій. Вони повинні забезпечити залучення реальних організаційно-економічних, соціальних, фінансових, ринкових, інформаційних, правових механізмів і технологій управління; розробку, обґрунтування програм і бізнес-планів розвитку рекреаційних підприємств. Об'єднання в кластери дає можливість залучати фінансові ресурси в нові виробництва шляхом об'єднання спільних фінансових можливостей підприємств того чи іншого кластера; залучення інвестицій через спільну участь в інвестиційних програмах: шляхом участі в конкурсах проєктів, що фінансуватимуться як гранти; об'єднання спільних фінансових можливостей підприємств для забезпечення гарантій на отримання кредитних ресурсів. При цьому забезпечується обмін інформацією, а також можливість виходу на зовнішні ринки.

Крім того, кластерний підхід у санаторно-курортній сфері активізує підприємництво через концентрацію ділової активності, тому сприяє створенню робочих місць, доходів, поліпшенню якості санаторних послуг, життя населення на території його запровадження. Досягається це завдяки зростанню конкурентоспроможності, можливості інтеграції інтелектуаль-

них природно-рекреаційних, трудових, фінансових матеріальних ресурсів у забезпеченні якості виробництва та послуг, що надаються.

Об'єднання в кластерні мережі посилює роль дрібного середнього підприємництва, дозволяє використати його інноваційний потенціал, розширює можливості виходу на світовий ринок.

Проаналізувати головні ознаки та характеристики санаторно-курортного кластера (рис. 6.1).



Рисунок 6.1 – Головні ознаки та характеристика бізнес-середовища санаторно-курортного кластера (складено на основі [58])

Кожне кластерне утворення сфери рекреації може мати єдину інтегративну багатокомпонентну структуру. Компонентами є територіальна, функціональна, компонентна та організаційно-управлінська структури. Межі кластеру окреслені місцем розташування всіх курортно-рекреаційних підприємств, суміжних галузей та виробництв, організацій, які обслуговують кластер і між якими існують сильні зв'язки – як горизонтальні, так і вертикальні чи структурні.

У процесі створення, функціонування кластерів у рекреаційно-туристській сфері сьогодні гнучко використовуються різні схеми інвестування, розподілу доходів і прибутків, що забезпечують баланс інтересів учасників стосовно кожної конкретної ситуації. З певною умовністю можна класифікувати створення кластерів за трьома напрямками їх генезису:

*Перший* – горизонтальна, тобто внутрішньогалузева, міжгосподарська кооперація підприємств (фірм) з метою підвищення спільного конкурентного потенціалу на ринку збуту виробленого продукту та послуг, активнішого впливу на ціни та інші умови їх реалізації, зміцнення фінансового положення.

*Другий* – багатопрофільна вертикальна міжгосподарська інтеграція, яка будується за принципом єдиного технологічного ланцюжка на договірній основі або з реєстрацією юридичної особи.

*Третій* – становлення багато профільних кластерних утворень, що об'єднують зазвичай підприємства різних галузей сфери туризму в межах компактної території, як адміністративно-територіальної одиниці.

Наведені у таблиці 6.1 показники характеризують стан туристсько-рекреаційної діяльності в масштабах певної рекреаційно-туристської дестинації, що повинна стати основою формування кластера там, де спостерігається стійка тенденція розвитку рекреаційно-туристської, зокрема санаторно-курортної галузі.

Таблиця 6.1 – Перелік кваліфікаційних показників оцінки перспективності створення туристського кластера [80]

№ з/п	Показники
1	2
1	Динаміка кількості туристів за п'ять років
2	Частка податкових зборів від туристської діяльності
3	Середній період проживання туриста на території дестинації
4	Кількість осіб, що пройшли лікування та/або оздоровлення в дестинації
5	Рівень забезпеченості туристсько-рекреаційними ресурсами дестинації: – природні заповідні (охоронювані) території; – пам'ятки історії та архітектури; – музеї та інші заклади культури; – лікувально-оздоровчі заклади; – природні ресурси; – розважальна інфраструктура
6	Частка зайнятих у туризмі
7	Кількість місць розміщення
8	Частка навчальних закладів, що готує професійні кадри для туризму
9	Динаміка надходжень до бюджету з регіону (дестинації)
10	Кількість підприємств, що займається туристичною діяльністю
11	Розвиненість інфраструктури транспортування й комунікацій
12	Рівень атрактивності туристських ресурсів
13	Частка прибутку в доході кластера



Продовження таблиці 6.1

1	2
14	Рівень витрат на утримання кластера
15	Інтенсивність туристського потоку
16	Коефіцієнт сезонності

Найбільш пріоритетними під час створення туристського кластера є території, на яких рекреаційно-туристська діяльність ведеться найактивніше. Загалом, однією з особливостей кластерів у туристському бізнесі України стала зосередженість їхнього розташування в західних та південних регіонах країни. Зокрема, Львівська, Одеська області на рівні з містом Києвом, позиціонується як рекреаційно-туристські регіони, привабливі для іноземних та внутрішніх туристів через давню історію, природні ресурси, унікальну культуру та побут та близькість до європейського кордону.

Пропонується застосувати метод кластеризації для визначення потенційних територіальних об'єднань у межах Львівського регіону. При цьому вважаємо доцільним проаналізувати можливість кластеризації обласних центрів Львівського регіону, оскільки вони мають істотний рекреаційно-туристський потенціал, який відрізняється у різних районах Львівщини.

Дослідження можливостей утворення туристського кластеру базуватиметься на чинниках, які характеризують курортні райони за трьома головними критеріями:

- показниками, які відображують наявність мережі санаторно-курортних підприємств і їхню кількість;
- показниками, які відображують обсяг наданих послуг підприємствами туристсько-рекреаційного призначення, а також суміжними підприємствами;
- показниками, які відображують обсяг інвестування в основний капітал підприємств туристсько-рекреаційного призначення.

Отже, для виконання кластеризації санаторно-курортних територій Львівщини були використані наступні дані за 2017 р. [56]:

- обсяг інвестицій в основні засоби, тис. долл. США (1);
- земельний фонд природоохоронного, оздоровчого, рекреаційного та історико-культурного призначення, га (2);
- кількість санаторно-курортних закладів у районах і містах обласного значення (3);
- кількість оздоровлених осіб в санаторно-курортних закладах, осіб (4);
- середньооблікова чисельність персоналу, зайнятого у санаторно-курортних (оздоровчих) закладах, осіб (5);
- кількість готельних закладів у містах обласного значення та районах, одиниць (6);
- обслуговано приїжджих у готелях, осіб (7);
- кількість музеїв та інших закладів культури, одиниць (8).

Отже, для узагальнення результатів туристсько-рекреаційної діяльності доцільно спочатку провести групування районів досліджуваного регіону в програмному пакеті STATISTICA 6.0.

Для виконання аналізу було відібрано 15 районів Львівського регіону. Вихідні дані для виконання кластеризації наведено на рисунку 6.2.

	1 1 Обсяг інвестицій	2 Земельний фонд	3 Кількість сан-кур. закладів	4 Кількість оздоровл. осіб	5 Середньооблікова чисельність працівників	6 Кількість закл. розміщення	7 Обслуговано осіб в закл. розм.	8 Музеї та ін. закл. культ.
Борислав	9,54	88	10	2157	759	3	1158	12
Дрогобич	12,87	356,2	2	1104	332	8	6442	10
Моршин	342,11	56,5	5	42465	2003	15	7599	8
Трускавець	529,32	261,4	30	150050	5320	17	42434	15
Городоцький	345,76	1370,5	1	2261	192	5	2987	7
Дрогобицький	132,98	4726,5	8	8610	466	4	692	10
Жидачівський	54,98	1284,8	3	1100	218	3	543	3
Жовківський	23,76	3986,9	1	345	69	5	6416	5
Мостиський	15,87	66,3	2	789	150	7	4355	4
Пустомитівський	20,76	4083,7	3	1233	178	13	20406	9
Сколівський	125,87	39959,6	19	3684	950	29	23949	11
Сокальський	25,76	3186,3	2	1179	191	7	2981	5
Стрийський	30,77	3433,1	2	3297	208	2	986	4
Турківський	10,87	24248,3	5	2300	315	7	784	4
Яворівський	8,98	11917,7	7	5973	575	9	1734	5

Рисунок 6.2 – Вихідні дані для виконання розрахунків [95]

Значення відібраних показників були стандартизовані для забезпечення адекватного використання даних (рис. 6.3).

	1 1 Обсяг інвестицій	2 Земельний фонд	3 Кількість сан-кур. закладів	4 Кількість оздоровл. осіб	5 Середньооблікова чисельність працівників	6 Кількість закл. розміщення	7 Обслуговано осіб в закл. розм.	8 Музеї та ін. закл. культ.
Борислав	0,02	0	0,33	0,01	0,14	0,1	0,03	0,8
Дрогобич	0,02	0,01	0,07	0,01	0,06	0,28	0,15	0,67
Моршин	0,65	0	0,17	0,28	0,38	0,52	0,18	0,53
Трускавець	1	0,01	1	1	1	0,59	1	1
Городоцький	0,65	0,03	0,03	0,02	0,04	0,17	0,07	0,47
Дрогобицький	0,25	0,12	0,27	0,06	0,09	0,14	0,02	0,67
Жидачівський	0,1	0,03	0,1	0,01	0,04	0,1	0,01	0,2
Жовківський	0,04	0,1	0,03	0	0,01	0,17	0,15	0,33
Мостиський	0,03	0	0,07	0,01	0,03	0,24	0,1	0,27
Пустомитівський	0,04	0,1	0,1	0,01	0,03	0,45	0,48	0,6
Сколівський	0,24	1	0,63	0,02	0,18	1	0,56	0,73
Сокальський	0,05	0,08	0,07	0,01	0,04	0,24	0,07	0,33
Стрийський	0,06	0,09	0,07	0,02	0,04	0,07	0,02	0,27
Турківський	0,02	0,61	0,17	0,02	0,06	0,24	0,02	0,27
Яворівський	0,02	0,3	0,23	0,04	0,11	0,31	0,04	0,33

Рисунок 6.3 – Стандартизовані вихідні дані

Кластерний аналіз було проведено за допомогою двох методів: ієрархічної класифікації та  $K$ -середніх.

На рисунку 6.4 зображено дендрограму кластеризації районів Львівщини за показниками розвитку рекреаційно-туристського комплексу методом ієрархічної класифікації.

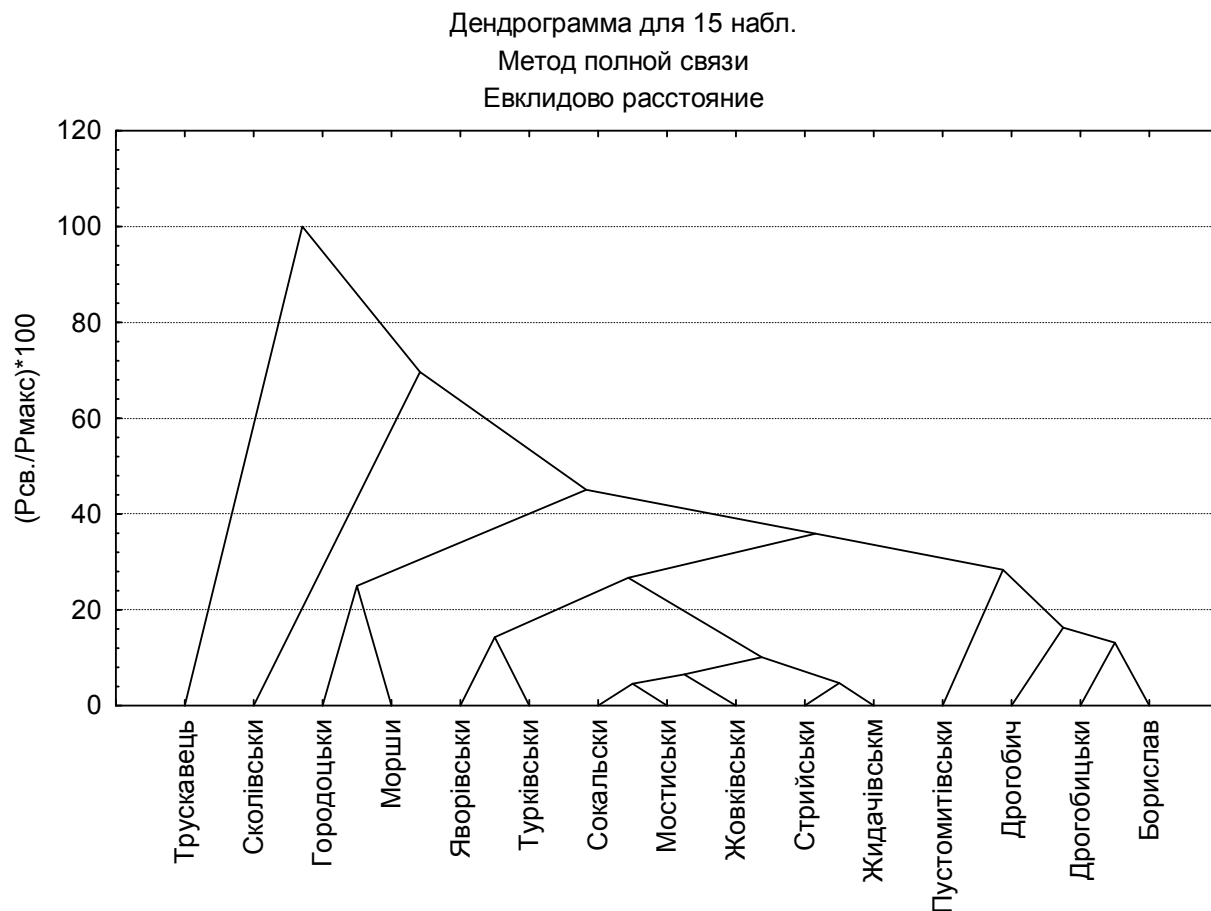


Рисунок 6.4 – Дендрограма, побудована методом повного зв'язку

Порівнюючи різні варіанти групування, представлені на результируючій дендрограмі кластеризації, було виокремлено 4 кластери, у які входять певні райони Львівського регіону, що є подібними за рівнем розвитку досліджуваного комплексу.

На основі обраних восьми показників була виконана кластеризація за допомогою метода  $K$ -середніх та проведено дисперсійний аналіз. У дисперсійному аналізі міжгрупова дисперсія порівнюється з внутрішньогруповою дисперсією для прийняття рішення чи є середні для окремих змінних у різних сукупностях значимо відмінними. Результати аналізу наведені на рисунку 6.5.

Результати дисперсійного аналізу свідчать про значущість результатів кластерного аналізу.

Виходячи до амплітуди й рівнів значущості  $F$ -статистики, змінні «Кількість оздоровлених осіб», «Кількість санаторно-курортних закладів» і «Музеї та заклади культури» є головними у вирішенні питання щодо розподілу об'єктів (областей) за кластерами.

перемен.	Дисперсионный анализ (Таблица данных1)					
	Между SS	сс	Внутри SS	сс	F	значим. p
1 Объем инвестиций	0,836639	3	0,471855	11	6,50131	0,008609
Земельный фонд	0,810497	3	0,292476	11	10,16090	0,001678
Кількість сан-кур. закладів	0,888239	3	0,098855	11	32,94605	0,000009
Кількість оздоровл. осіб	0,873452	3	0,058321	11	54,91388	0,000001
Середньооблікова чисельність працівників	0,801724	3	0,092876	11	31,65133	0,000010
Кількість закл. розміщення	0,652535	3	0,195105	11	12,26331	0,000785
Обслуговано осіб в закл. розм.	0,921098	3	0,163236	11	20,69006	0,000079
Музеї та ін. закл. культ.	0,715535	3	0,082305	11	31,87702	0,000010

Рисунок 6.5 – Результати дисперсійного аналізу

При цьому всі значення критерію  $p$  прямують до 0, критерій  $F$ -статистики – до максимуму, що підтверджує значущість отриманих результатів.

Склад отриманих кластерів наведений на рисунках 6.6–6.9.

Элементы кластера номер 1 (Таблица данных1) и расстояния до центра кластера. Кластер содержит 1 набл.	
	<b>Трускавець</b>
Расст.	0,00

Рисунок – 6.6. Склад першого кластера

Элементы кластера номер 2 (Таблица данных1) и расстояния до центра кластера. Кластер содержит 7 набл.	
	<b>Жидачівський</b>
Расст.	0,072749
	<b>Жовківський</b>
	0,054408
	<b>Мостиський</b>
	0,066758
	<b>Сокальський</b>
	0,041912
	<b>Стрийський</b>
	0,056957
	<b>Турківський</b>
	0,158022
	<b>Яворівський</b>
	0,080763

Рисунок 6.7 – Склад другого кластера

Элементы кластера номер 3 (Таблица данных1) и расстояния до центра кластера. Кластер содержит 1 набл.	
	<b>Сколівський</b>
Расст.	0,00

Рисунок 6.8 – Склад третього кластера

Одним зі способів визначення природи кластера є побудова середніх для кожного з них. Дані подані у вигляді рисунка 6.10, який дає найкраще представлення результатів.

Элементы кластера номер 4 (Таблица данных1) и расстояния до центра кластера. Кластер содержит 6 набл.						
	Борислав	Дрогобич	Моршин	Городоцкий	Дрогобицкий	Пустомитівський
Расст.	0,147860	0,101304	0,201784	0,162686	0,085367	0,161491

Рисунок 6.9 – Склад четвертого кластера

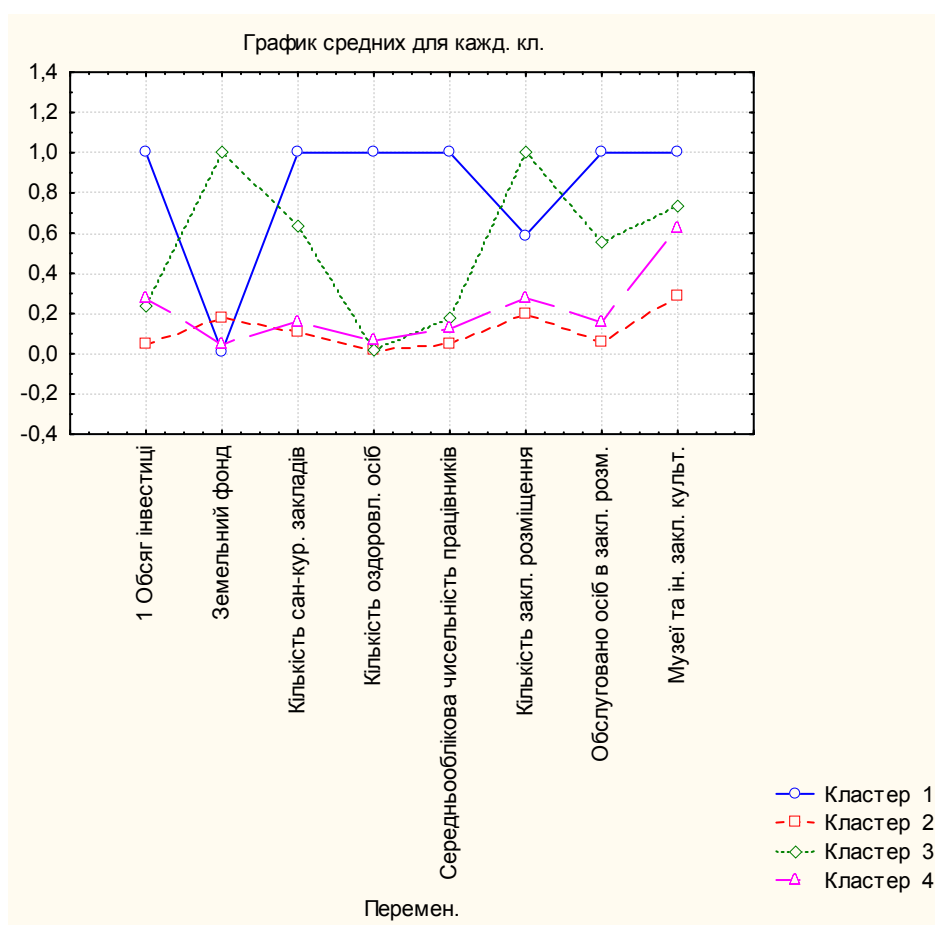


Рисунок 6.10 – Графік розподілу центрів кластерів

Як видно з графіка, показник «Кількість оздоровлених осіб» для областей 3 і 4 кластерів співпадають в одній точці, показник «Обсяг інвестицій» для областей у кластерах 3 і 4 майже співпадають. Це свідчить про те, що ці показники в зазначених кластерах знаходиться на однаковому рівні, проте всі інші показники мають значні відмінності.

Ще одним корисним результатом перевірки є евклідові відстані між кластерами. Ці відстані (евклідові та їхні квадрати) розраховуються по середнім значенням кожної змінної в кластері (рис. 6.11).

Кластер Номер	Евклидовы расст. между кластерами (Таблица данных1)					
	Расстояния под диагональю					
	Квадраты расстояний над диагональю					
	Но. 1	Но. 2	Но. 3	Но. 4		
Но. 1	0,000000	0,645705	0,470250	0,478904		
Но. 2	0,803558	0,000000	0,263769	0,026129		
Но. 3	0,685748	0,513585	0,000000	0,229925		
Но. 4	0,692029	0,161645	0,479505	0,000000		

Рисунок 6.11 – Середні кластерів та їхні евклідові відстані

Варто зробити висновок про те, що серед виділених кластерів можна виокремити два розвиненіших: це м. Трускавець (кластер 1) і Сколівський район Львівщини (кластер 3).

Підводячи підсумки за проведеними розрахунками, варто зазначити, що виділення кластерних утворень сприятиме створенню сприятливих умов для забезпечення економічної та інвестиційної активності суб'єктів господарювання всередині кожного рекреаційно-туристського кластеру, досягненню динаміки економічного зростання з урахуванням особливостей соціально-економічного розвитку кожного кластерного утворення, розширенню спектру та якості надання рекреаційних послуг на внутрішньому та зовнішньому ринках.

Однак на сьогоднішні низка *організаційно-правових недоліків*, що знижують цінність застосування методики кластеризації.

Насамперед ці недоліки стосуються системи обліку статистичних даних і їх використання в цьому процесі.

Для адекватного розподілу досліджуваного територіального утворення за відповідними кластерами необхідно виконати кластеризацію за кілька періодів (років). У разі встановлення певної закономірності у формуванні кластерів можна розглядати можливість їх виділення на практиці. Однак для проведення даних досліджень необхідно:

1. Забезпечити систематичну відкриту публікацію статистичних даних, зокрема на спеціалізованих Інтернет-сайтах.
2. Удосконалити систему обліку статистичних даних для забезпечення їх відокремлення по санаторно-курортної діяльності від інших видів діяльності.
3. Розширити перелік критеріїв для проведення кластеризації з додаванням узагальнених показників ефективності діяльності підприємств туристсько-рекреаційного комплексу за відповідними містами, районами та регіонами (у разі застосування методу кластеризації до регіонів України).

Також потрібно особливу увагу приділити нормативно-правовому забезпеченню розвитку та системі управління підприємствами туристсько-рекреаційного комплексу в межах створених кластерів. В Україні на рівні органів державного управління робляться певні кроки в цьому плані, проте

закони, що регулюють кластерні об'єднання, на сьогоднішні ще не прийняті.

Ще однією проблемою на сьогоднішні є відсутність єдиної методики для визначення меж кластера, а також критеріїв, за допомогою яких можна було б відрізнити звичайну географічну концентрацію від кластера. Тому вважаємо необхідним особливу увагу приділяти оцінці наявних взаємодій та зв'язків між учасниками кластерів.

Ураховуючи специфіку санаторно-курортних кластерів та основні підходи до їх ідентифікації [73, 106, 116] пропонуємо таку послідовність їх виокремлення і оцінки (рис. 6.12).

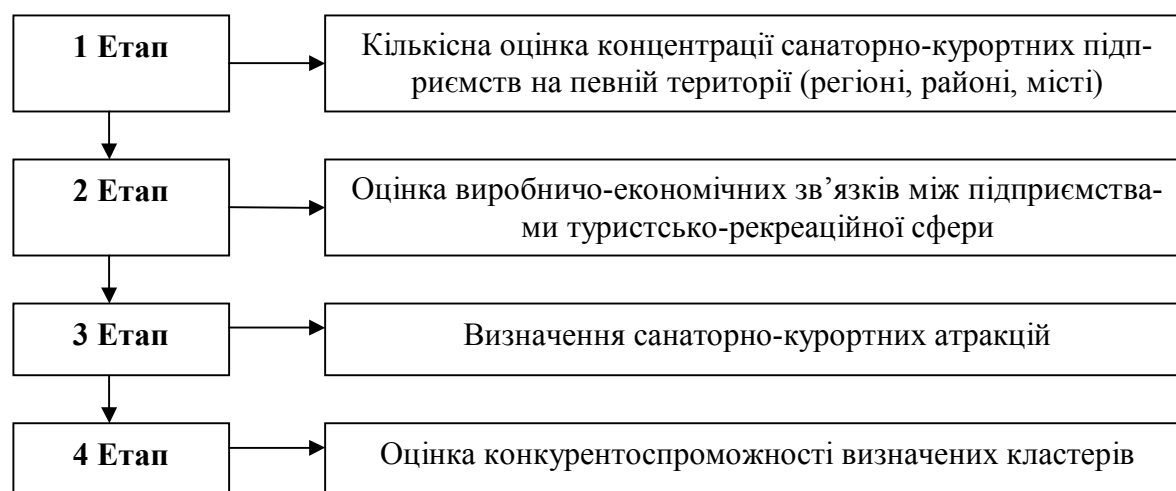


Рисунок 6. 12 – Послідовність виділення та оцінки санаторно-курортних кластерів

Для реалізації *першого* етапу пропонуємо використовувати розрахунок коефіцієнтів спеціалізації, локалізації, а також інтегрального коефіцієнту, які свідчитимуть про наявність потенційних територіальних кластерних утворень.

На *другому* етапі з метою виявлення взаємозв'язків між підприємствами вважаємо доцільним використовувати прямий аналіз взаємозв'язків у ланцюжку цінностей разом із методом експертних оцінок.

На *третьому* етапі необхідно визначити туристсько-рекреаційні атракції з метою виявлення специфіки утвореного кластера. Туристсько-рекреаційні атракції стимулюють динаміку туристських потоків і є головною причиною здійснення подорожей. За умови відсутності санаторно-курортних атракцій розвиток кластера неможливий.

На *четвертому* етапі потрібно проводити оцінку конкурентоспроможності визначених кластерів. Для цього вважаємо доцільним дослідити регіон, у якому розміщений кластер, за чотирма факторами: стан попиту, умови для факторів виробництва, зміст стратегії фірми і суперництво; родові та підтримувальні галузі. Метою аналізу конкурентоспроможності визначених кластерів є визначення того, які саме фактори, що впливають на

туристсько-рекреаційний кластер, можуть бути використані для підвищення конкурентоспроможності кластера загалом.

## **6.2 Закордонний досвід управління та розвитку курортів**

Рекреація в умовах глобального світового розвитку набуває все вагомішої ролі, є провідною формою економічного зростання багатьох країн та покращення життя мешканців територіальних громад. Відповідно до Га-агської декларації з туризму, найістотнішим і найнеобхіднішим є право «на відпочинок, вільний час та періодично оплачувану відпустку, а також право використовувати цей час для відпустки, вільних поїздок з освітніми та розважальними цілями й використання благ, що отримуються від туризму, як внутрішнього, так і зовнішнього» [74, с. 2].

Про масштаби рекреації свідчать такі статистичні дані [91, с. 6–7]:

- 20 % – тобто 1/5 усього населення світу щорічно бере участь у рекреаційній діяльності та поїздках;
- 40–55% населення великих міст світу у вихідні дні виїждять за межі міст з рекреаційними цілями;
- рекреаційні витрати в економічно розвинених країнах у 2,3 рази перевищують витрати на одяг і взуття та на 18 % перевищують витрати на закупівлю продовольчих товарів.

Отже, на сьогодні відпочинок із привілеї у минулому перетворюється на найважливішу статтю споживчого попиту, стає типовим елементом способу життя. Потреби в рекреаційних послугах є складником системи суспільних потреб і розвиваються за загальними законами. На формування та розвиток рекреаційних потреб впливають збільшення тривалості вільного часу, якісна зміна його структури та істотна зміна характеру життєдіяльності людини в умовах науково-технічної революції.

Країни Західної Європи вирізняються у світі найвищим рівнем експлуатації рекреаційних ресурсів, найефективнішим їх використанням та наданням рекреаційних послуг. Європа є найбільш рекреаційно привабливою у світі. Близько 60 % усіх рекреантів та туристів нашої планети долучається до її природного, культурного, історичного й етнічного розмаїття.

Відомості про туристські потоки в країнах Європи наведені на рисунку 6.13.

Традиційними лідерами за кількістю відвідувань у Європі є Франція (74,5 млн осіб), Іспанія (53,6 млн осіб), та Італія (41,2 млн осіб), Велика Британія (24,9 млн осіб), Німеччина (18,9 млн осіб), Греція (12,5 млн. осіб), які разом становлять 78 % прибуттів у світі [91]. Водночас ми спостерігаємо, що частка менш розвинутих країн та країн, що розвиваються щороку, поступово зростає. У середньому один рекреант приносить країні близько 870 дол. США, проте кожна країна як агент світового рекреаційного ринку має свою специфіку.



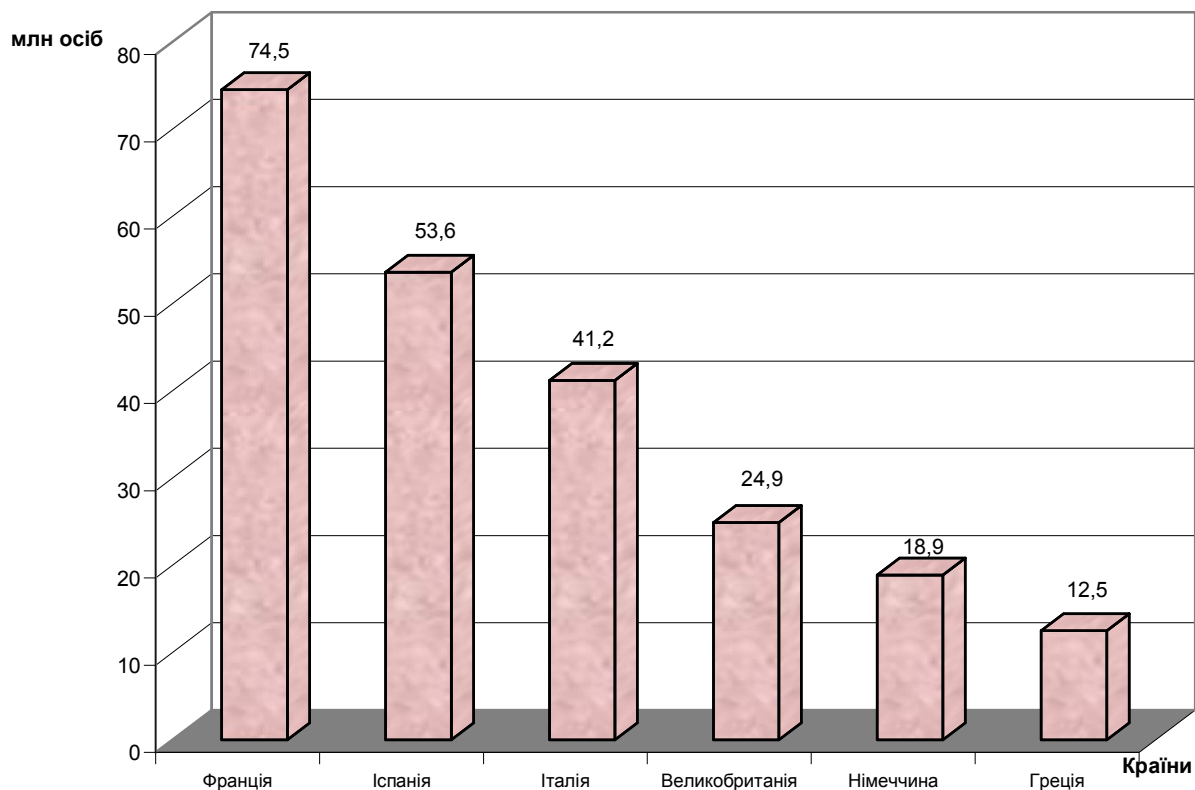


Рисунок 6.13 – Туристські потоки в країнах Європи

Зарубіжні країни мають досить розгалужену систему управління та регулювання рекреаційно-туристської діяльності, яка представлена як на центральному, так і на місцевому рівнях, що є досить показовим для України, оскільки остання не має чітко сформованої та законодавчо унормованої системи управління цією сферою. Тобто саме органи влади повинні бути зацікавленими у розвитку та ефективному наданні рекреаційних послуг, спільно з громадськістю та приватним сектором розвивати рекреаційну сферу в регіонах країни з метою наповнення місцевих бюджетів та просування України на міжнародному ринку туризму та рекреації.

Наприклад, у **Франції**, питання регулювання туризму та рекреації стосується компетенції Міністерства транспорту та суспільних робіт, у структурі якого функціонують Державний секретаріат із питань туризму та Управління туризму. Ці органи відповідають за управління та регулювання галузі, інвестування й міжнародні відносини у сфері туризму. Крім того, існує ще ціла низка органів, що беруть участь в управлінні туризмом «із правом дорадчого голосу»:

1. Рада з туризму при Міністерстві транспорту та суспільних робіт.
2. Французьке агентство туристського інжинірингу.
3. Національна наглядова рада з туризму (маркетингові дослідження й статистика в туризмі).
4. Національне агентство з питань відпускних подорожей (соціальний туризм).

5. Національний комітет із процвітання Франції (питання екології й озеленення міст) [71].

У країні на регіональному рівні діють представники центральної виконавчої влади, що вирішують питання розвитку рекреаційної та туристської сфери та підпорядковані безпосередньо префектам. Діяльність цих представників спрямована на координацію регіональних та місцевих ініціатив, оскільки повноваження місцевої влади в галузі рекреації та туризму досить вагомі.

Зокрема, у Франції залучені всі види наявних рекреаційних ресурсів. Одразу після Другої світової війни Франція перша почала активно прикладати зусилля задля залучення іноземних туристів до країни та оголосила принцип «відкритих дверей» [60]. Найбільше відпочиваючих (понад 14 млн осіб) до цієї країни приїжджають із Німеччини, трохи менше з Великої Британії, Бельгії, Швейцарії, Італії, Іспанії і Нідерландів. Майже половина всіх іноземних туристів бажають відпочивати на знаменитій Французькій Рив'єрі. Близько 16 млн осіб головним об'єктом туризму обирають Париж. Приблизно по 6 млн туристів відвідують Альпи, Лангедок-Руссільйон і Аквітанію.

На відміну від багатьох жителів інших країн Західної Європи, французи віддають перевагу відпочинку й лікуванню у власній державі (82 %). Свою країну вони оглядають, мандруючи переважно автомобілем. Як і в Україні, серед туристів більшість становлять міські жителі. Зрозуміло, що й рекреаційно-туристичне господарство територій Франції, щоб утримати перше місце у світі, постійно змінюється та реконструюється. Місцевими органами влади приймаються відповідні плани рекреаційного освоєння тих територій країни, які ще відстають у цьому плані. Особлива увага приділяється рекреаційному використанню Піренеїв, атлантичного узбережжя, пошуку мінеральних вод із метою розширення мережі бальнеологічних курортів, розвитку агротуризму тощо. Держава активно втручається у ці процеси. Французи вважають, що можливості розвитку їхнього рекреаційно-туристського господарства далеко не вичерпані.

Так, зокрема досвід історичних міст французького півострова Бретані, які завдяки багатій історії, висхідній до XI століття, а для деяких поселень – до раннього Середньовіччя, становлять значну частину архітектурної спадщини, представляють осередки культурного туризму, що активно розвиваються та доповнюють спортивний туризм і відпочинок на курортах, слугують зразком у сфері організації та надання рекреаційних послуг на місцевому рівні. Ці міста регулярно організовують середньовічні свята, світло-музичні спектаклі й забезпечують особливе підсвічування архітектурних пам'яток, а також проводять традиційні фестивалі бретонської культури або творчі конкурси [70, с. 58–59].

В *Іспанії* питання туризму координує Державний секретаріат із питань торгівлі, туризму та малого бізнесу, підлеглий Міністерству економіки. Крім Держсекретаріату, Міністерству підпорядковуються:

– Центральна дирекція з туризму (адміністративні питання, розробка загальних напрямів державної політики у сфері туризму), яка опікується переобладнаними у найдорожчі готелі замками, фортецями та палацами;

– готельна мережа Paradores (83 готелі, розміщені в будинках, що становлять історичну цінність);

– два виставково-конгресних центри (Мадрид і Малазі) та Іспанський інститут туризму – Turespasa.

З метою координації їхньої діяльності в країні створена Рада з розвитку туризму, до складу якої входять представники державних органів влади всіх рівнів та представники приватного бізнесу. Як наслідок, Іспанія посідає перше місце у світі за обсягом річного бюджету для проведення політики просування національного туристського продукту за кордоном, 70 % якого надається Урядом країни.

Загалом, пріоритетність розвитку рекреаційної сфери та її належна фінансова підтримка з боку держави та місцевих органів влади, сприяють повноцінному комплексному обслуговуванню та наданню якісних рекреаційних послуг рекреантам.

Заслугує на увагу й досвід *Австрії* – країни, з тисячолітньою історією, що володіє численними історичними та іншими цінними пам'ятками. Австрія у Європі випереджає всі інші країни за рівнем розвитку зимових видів туризму. Унаслідок цього в гірській частині країни, іноді як автономні системи з повним комплексом рекреаційних послуг, діють понад 20 тис. готелів. Організація надання рекреаційних послуг в австрійських містах цікава через те, що тут туристський сезон триває упродовж року й охоплює різні рекреаційні сфери, зокрема такі види рекреаційних послуг, як послуги відпочинку, культурні та лікувальні.

Привабливими є австрійські міста з пам'ятками архітектури, музичного та образотворчого мистецтва, а також ті, що забезпечують природний відпочинок: полювання, риболовлю, пішохідні походи в гори тощо. Оскільки рекреаційно-туристична діяльність у країні давно є важливою галуззю національної економіки, то їй приділяється значна увага, створена високоякісна рекреаційно-туристична інфраструктура, розгалужена мережа засобів розміщення, передусім невеликі готелі, приватні пенсіони, гірські хатини типу шале [60, с. 173].

Історико-культурне та природне надбання історичних міст, що утворюють «Золоте кільце» Австрії, австрійці перетворили на привабливі рекреаційно-туристські атракції, зокрема:

– з 1920 року місто Бад-Ішль стало бальнеологічним курортом, до його головних визначних пам'яток належать імператорська вілла, вілла Легара;

– Бад-Радкерсбург (Штирія) відоме, насамперед, як термальний бальнеологічний курорт;

– прикрасою Фельдкірха є фортеця Шаттенбург, що належать до XIII століття, кожного літа тут проходить фестиваль вуличних артистів;

– у Бадені під Віднем, яке в першій половині XIX століття був літньою резиденцією Габсбургів, розташований найбільший в Європі аквапарк під скляним дахом, його площа 900 м<sup>2</sup>. У місті є термальні джерела, а також розарій, де виростає 20 000 троянд [109].

Відповідно, політика місцевих органів влади Австрії щодо розвитку ринку рекреаційних послуг включає рекламні та маркетингові компанії, навчання туроператорів, складання каталогів, роботу та постійну взаємодію із засобами масової інформації, організацію святкових заходів. Віденська рада з туризму проводить різні акції із залученням цільових груп туристської діяльності.

Рекреаційно-туристична маркетингова стратегія Австрії спрямована на залучення уваги потенційних гостей країни до можливостей культурно-пізнавального, активного, екологічного й оздоровчого відпочинку. Вона спирається на три ключових поняття: «культура», «автентичність» та «інтенсивність» [75].

Місцеві органи влади *Туреччини* намагаються всіляко диверсифікувати свою рекреаційно-туристичну галузь, не обмежуючись лише пляжами та пізнавальним туризмом, а намагаються хоча б трохи позбутися яскраво вираженої сезонності в обслуговуванні рекреантів та туристів. Із цією метою починають упроваджувати проекти розвитку лікувального та зимового видів туризму.

У країні особливо перспективними є кліматолікування, грязелікування тощо. Крім того, у Туреччині починають освоювати ще один вид туризму, який можна назвати клінічним (медичним).

Водночас досвід *Канади* є особливо цікавим, оскільки ініціатива щодо визначення пріоритетності сфери діяльності, зокрема рекреації та туризму, передана на рівень провінцій та муніципалітетів. Канада досягла найбільших успіхів у сфері рекреації та туризму завдяки реалізації ефективної державної політики, яка полягає у підтримці ініціативи та забезпеченні її впровадження фінансовими ресурсами. Серед інших факторів важливим є обмеження ініціативи державних структур щодо прийняття регуляторних актів, які ускладнюють дозвільну систему та посилюють державний контроль [70, с. 63].

Для прикладу, показовим у цьому контексті є роль місцевої влади канадського міста Тіммінс штата Онтаріо щодо організації надання рекреаційних послуг [5, с. 65]. У місті існує організація «Туризм Тіммінса», яка координує маркетинг туризму, загальні угоди й домовленості, а також розвиток привабливості міста. Ця організація складається із співробітників муніципалітету, проте вона спирається на ділові кола та громадськість, у партнерстві з нею працює підкомітет Корпорації економічного розвитку Тіммінса (далі – КЕРТ), створений на основі державно-приватного партнерства. Спільна діяльність цих організацій спрямована на стимулювання додаткової активності в рекреаційній сфері та проведення різних привабливих заходів у місті. «Туризм Тіммінса» також відповідає за створення та розвиток основних рекреаційно-туристських об'єктів у місті. Бюджет мар-

кетингу для всіх об'єктів становить близько 60 тис. канадських доларів [75].

У стратегічному плані міста розвиток туризму представлений як головна мета муніципалітету. «Туризм Тіммінса» працює у партнерстві з готелями й об'єктами відвідування – культурними та туристськими центрами над проведенням маркетингових досліджень міста та створенням механізму єдиного обстеження, яке б допомогло визначити цільовий ринок і гарантувало, що місто пропонує рекреантам і туристам ті послуги, що користуються попитом. До завдань місцевої влади належать питання виділення відповідних ресурсів і орієнтація підтримки приватного сектора на сприяння розвитку та надання рекреаційних послуг [75].

Рекреаційна сфера Онтаріо є найважливішим генератором створення робочих місць, податкових надходжень і експорту капіталу. Так, тільки туризм в Онтаріо є п'ятою за значущістю експортною галуззю, яка приносить провінції 7,1 млрд канадських доларів. Внесок туризму у ВВП провінції досяг 7,2 млрд. канадських доларів, що перевищує частку сільського господарства, гірської (добувної) промисловості й лісової галузі промисловості [10]. В Онтаріо зараз податки, що нараховуються на готельний сектор, включають податок із роздрібних продажів, який є податком на споживання та входить у роздрібні ціни на більшість товарів.

На сьогодні більшість приміщень, що здаються в оренду, а також класичні засоби розміщення (готелі, мотелі тощо) обкладаються 5 % податком. Більшість товарів і рекреаційних послуг, що продаються й надаються у Канаді, обкладається 7 % загальнодержавним податком. У Монреалі, Лавалі, Ванкувері, Британській Колумбії, Сент-Джонсі, Ньюфаундленді та в Онтаріо стягується 3 % готельний податок. В Оласі (Канзас) намічено збільшення готельного податку з 4 % до 7 %. Зібрані податки у Тіммісі перебувають у розпорядженні власників готелів і розподіляються підкомітетом Корпорації економічного розвитку міста (далі – КЕРТ) раз на квартал через спеціальний рахунок, організований за допомогою муніципалітету. Надходження від туристського податку розподіляються відповідно до основних напрямів розвитку туризму в місті для того, щоб сприяти маркетингу міста як туристського центру та майбутньому капітальному будівництву в ньому [75].

Отже, канадський досвід в аспекті розвитку рекреаційно-туристського сектору є корисним для його застосування в українських містах. Зокрема, заслуговує на увагу питання запровадження місцевих податків і зборів від надаваних рекреаційних послуг, що може значно покращити місцеві бюджети та стимулювати підприємницьку діяльність у цій сфері.

Окремо варто дослідити тенденції розвитку сімейного відпочинку на закордонних курортах.

**Ринок сімейного туризму** найбільш представлений у таких країнах, як Греція, Угорщина, Хорватія, Туреччина, Єгипет, Чорногорія, Болгарія, Іспанія.

Наприклад, впливове американське видання The Forbes опублікувало рейтинг найпопулярніших пляжних курортів у США та країнах Карибського басейну, призначених для сімейного відпочинку [88]:

1. Hilton Hawaiian Village Beach Resort (Гавайські острови). Цей готель є дуже популярним для сімейного відпочинку. Поки батьки займаються серфінгом чи іншими водними розвагами, діти можуть перебувати в спеціальному клубі, де їх будуть навчати будувати замки з піску, плавати, грати у пляжний футбол тощо.

2. Мексиканський пляж Club Med. Тут для дітей є «курортний» цирк і навіть спеціальний дитячий ресторан, де шеф-кухар спеціалізується винятково на кухні для дітей.

3. Пляж Hotel Del Coronado (Сан-Дієго, штат Каліфорнія, США). Готель, розташований на пляжі, приймав президентів і знаменитостей протягом багатьох років. Крім того, на території курорту розташований зоопарк, де діти залюбки проводять своє дозвілля.

4. Los Suenos Marriott Beach (Коста-Ріка). Курорт вражає не тільки своїми пляжами, але 1100 акрами тропічних дощових лісів.

5. The Winnetu (штат Массачусетс, США). Тут немає суєти. Готель має стильні номери з кухнею та терасою. Діти можуть перебувати у тісному контакті з природою.

6. Disney's (штат Флорида, США) пропонує великий вибір спільної діяльності з дітьми. Тут всією сім'єю можна зайнятися серфінгом, вивчати астрономію, годувати домашніх тварин тощо.

7. Half Moon, Montego Bay (Ямайка). Тут, окрім пляжного відпочинку, пропонують заняття тенісом, волейболом, гольфом, верховою їздою, а також – різноманітні прогулянки.

Отже, при організації сімейного відпочинку в курортних комплексах головним завданням є організація дитячого дозвілля [87]. Для цього при туристських комплексних і рекреаційних центрах створюються дитячі клуби (міні-клуби, юніор-клуби), які працюють із дітьми протягом дня.

Їхньою метою є організація дозвілля дітей окремо від батьків. Зазвичай дитячий клуб розташовується у приміщенні, обладнаному дитячими тренажерами, гральними пристроями, іншими технічними засобами.

Для батьків найважливішими у роботі з дітьми є гарантія безпеки життя та здоров'я дитини, сприятлива психологічна атмосфера. Тому працівники дитячих клубів мають, зазвичай, педагогічну освіту та досвід роботи з дітьми.

Організовуючи активне дозвілля, необхідно зважати на рідну мову дитини, її вікові особливості, кліматичну адаптацію, інші фізіологічні та психологічні чинники. Популярними в дитячих клубах є тематичні дні: День Нептуна, Сонячний день, День маленького мандрівника.

Отже, досвід організації сімейного відпочинку з дітьми у зарубіжних країнах дає змогу зрозуміти специфіку використання дозвілля у рекреаційно-туристських комплексах.

Серед головних *принципів дозвілєвого обслуговування* у туристських комплексах можна назвати такі:

- індивідуальний підхід до кожної родини;
- комплексність в організації рекреаційних заходів та їхня цілеспрямованість;
- свобода вибору та добровільність участі;
- театралізація та синтез усіх видів мистецтв.

При цьому варто зазначити, що перед більшістю країн Центрально-Східної та Південної Європи, зокрема рекреаційної галузі, постала проблема диспропорційності її розвитку. З метою стимулювання розвитку рекреаційної галузі вони використовують податкові важелі, зокрема [77]:

- у Хорватії туристські та рекреаційні послуги звільнені від сплати ПДВ. Крім того, застосовуються додаткові стимули для капіталовкладень, відповідно до розміру інвестицій і рівня забезпечення роботою певної кількості персоналу. Інвесторам, які здійснюють діяльність у зонах спеціального державного захисту, де корпоративний податок на додану вартість становить від 5 % до 15 %, надаються спеціальні привілеї;

- польський туристський бізнес має найнижчу ставку оподаткування в Європі – 7 % при 22 % для інших видів бізнесу. З 1993 р. для деяких видів інвестицій була введена система прискореної амортизації. Як і в Хорватії, обсяг пільг диференціюється залежно від місця розташування об'єкта інвестування та рівня зайнятості;

- органи державного управління Туреччини прийняли рішення здавати в оренду на 49 років земельні ділянки на досить ліберальних умовах: за мінімальну плату будь-якому інвестору, хто брав на себе зобов'язання побудувати там готель. На такі цілі їм надавали безвідсотковий кредит і звільняли від сплати податків на 5 років. Цей досвід перейняв уряд Єгипту та Тунісу. Уряд Кіпру здає в оренду землю з метою стимулювання будівництва нових туристських об'єктів на 99 років із можливістю подальшого продовження оренди на аналогічний термін;

- в Іспанії та Греції інвесторам надаються пільговий, податковий режим і ставка амортизаційних відрахувань, зниження податку з обороту. У Греції ПДВ на розміщення туристів та їх харчування становить 8 %, крім того, урядом розроблена система знижок для туристських фірм, які здійснюють прийом та обслуговування туристів у несезонний період.

Досліджуючи питання відмінності курортів Західної та Центральної Європи від вітчизняних курортів, науковці звертають увагу на підходи до організації процесу лікування. У таблиці 6.2 складено відмінності курортів та рекреаційних зон України та європейських країн.

Дослідження беззаперечно свідчить, що для України, її регіонів та міст питання надання рекреаційних послуг є вкрай важливим, актуальним та перспективним. Через нього можна забезпечити нову якість економічного зростання, соціального забезпечення, підвищення добробуту громадян та подолання нерівномірності розвитку територій [40, с. 16], а також досягти позитивні фінансово-економічні та соціально-психологічні ефекти.

Таблиця 6.2 – Відмінності курортів та рекреаційних зон України та європейських країн

Критерії поділу	Курорти європейських країн	Вітчизняні курорти
Лікарський контроль за проведенням призначеного курсу лікування	Відвідувачам зазвичай не пропонують суворий розпорядок дня, вони самі вибирають час для лікувальних процедур, не зобов'язані діяти за лікарською порадою	Обов'язковий
Інфраструктура	Першокласні готелі, пансіонати, місця розваг, санаторії, кювети, питні галереї, грязелікарні обладнані за останнім словом техніки	Переважно застаріла, зношена матеріально-технічна база
Організація курортної справи	Відсутня загальнодержавна система організації й управління курортами, які перебувають у веденні або місцевих органів самоврядування, або акціонерних товариств, або приватних осіб	Частина курортів перебуває у веденні курортних рад профспілкового підпорядкування, інші – підлягають курортним управлінням міністерств охорони здоров'я і соціального забезпечення
Роль держави	Держава обмежує свою роль за дотриманням курортного законодавства, субсидуванням компаній і акціонерних товариств на гідрогеологічні вишукування, будівництво загальнокурортних споруджень. Органи охорони здоров'я здійснюють контроль за дотриманням санаторно-гігієнічного режиму на курортах, але не беруть участь у визначенні порядку добору хворих для санаторно-курортного лікування, у розробці показань і протипоказань з направленням на курорти	Хворі одержують на пільгових умовах путівки на санаторно-курортне лікування відповідно до висновку лікаря. На багатьох курортах організовані центри відновлюваного лікування хворих, які втратили працездатність

Отже, досвід розвинених країн та країн, що розвиваються, Зокрема, успішність розвитку рекреації та процесу надання рекреаційних послуг як сфери економічної діяльності визначається у трьох головних напрямках: економічному, соціальному та екологічному. Економічна успішність може оцінюватися часткою наданих рекреаційних послуг у ВВП країни, в обсязі



експорту та кількістю створених робочих місць. Соціальна успішність визначається через зайнятість, частку особистих доходів від рекреаційних послуг тощо. Екологічна успішність рекреаційних послуг пов'язана із застосуванням загальних і специфічних для відповідної місцевості екологічних стандартів [94, с. 16].

Світовий досвід доводить, що рекреаційна сфера природно та гармонійно поєднує у собі всі можливості глобального та національного розвитку людини та суспільства на основі існуючих місцевих ресурсів.

Проведене дослідження дає змогу зазначити, що показовим для України в організації надання рекреаційних послуг муніципальними органами влади у містах світу є таке:

- децентралізація, делегування повноважень місцевим органам влади, встановлення організаційних відносин між суб'єктами рекреаційної діяльності, місцевим населенням, муніципальною владою;
- створення політичних, економічних, екологічних, інституційних умов функціонування рекреаційної діяльності;
- упровадження механізмів стимулювання рекреаційних підприємств до постійного підвищення рівня якості рекреаційних послуг;
- посилення ролі муніципалітетів у плануванні, фінансуванні та організації надання рекреаційних послуг;
- удосконалення нормативно-правової та методичної бази для забезпечення функціонування системи рекреаційних послуг, а також створення організаційних умов щодо розвитку рекреаційних послуг тощо.

### **6.3 Соціальний туризм як перспективна форма розвитку ринку туристсько-рекреаційних послуг**

#### **6.3.1 Поняття та головні складники розвитку соціального туризму**

Останніми роками особливе місце в туристській діяльності посідає соціальний туризм. Рівень розвитку соціального туризму як однієї з частин туризму загалом відображує загальний стан соціальної сфери в країні. Він сприяє скороченню безробіття, поліпшенню демографічної ситуації, боротьбі з безпритульністю, розвитку системи освіти, вирішення проблеми зайнятості населення.

В Україні соціальний туризм має свої *історичні традиції*. Аналізуючи історичний досвід, варто зазначити, що в СРСР переважав соціальний туризм, найбільший масштаб якого було досягнуто в 1980-і роки. Соціальний туризм, на частку якого припадало близько 80 % внутрішнього туризму та 50% міжнародного туристського обміну, реалізовувався організаціями профспілок, громадськими організаціями, а також республіканськими та територіальними органами. Різного роду знижки і пільги на туристські путівки перевищували в низці випадків 50–70% їхньої вартості [90].

У Радянському Союзі діяла добре налагоджена система державної підтримки відпочинку працюючого населення. Це було явище, значною

міжою схоже на нинішній соціальний туризм, хоча сам по собі цей термін не вживався. За радянських часів кожен громадянин мав право на відпочинок і міг його реалізувати. Це здебільшого здійснювалося через мережу профспілок і молодіжних організацій. Держава надавала можливість більшості трудящих і пенсіонерам, принаймні один раз на рік, поїхати відпочити на курорт, у санаторій або пансіонат на пільгових умовах. Майже половина працюючих людей подорожувала й відпочивала за пільговими туристськими путівками, або виданими безкоштовно коштом профспілок, коштом державного соціального страхування або фондів підприємств [90].

На сьогодні ситуація кардинально змінилася й пільгово-компенсаційна система у сфері туризму та рекреації працює в аварійному режимі, не даючи змогу задовольняти попит у послугах соціального туризму навіть десятої частини незахищених верств населення України [86]. Отже, необхідно відроджувати зазначену систему, що дає підстави для її докладного дослідження в сучасних умовах.

У загальному розумінні, *соціальний туризм* – це туризм, який повністю або частково здійснюється за рахунок бюджетних коштів, коштів державних позабюджетних фондів (зокрема коштів, що виділяються в межах державної соціальної допомоги), а також коштів роботодавців.

Узагальнюючи визначення науковців у сфері туризму [68, 86], можна сформулювати таке визначення поняття «соціальний туризм».

*Соціальний туризм* – це один із різновидів туризму, метою якого є відпочинок, оздоровлення, залучення до природного та культурно-історичної спадщини. Цей вид туризму охоплює всі соціальні верстви та вікові групи населення, поїздки яких субсидіюються з різних бюджетів, зважаючи на соціальну категорію громадянина. Соціальний туризм може включати в себе будь-який вид туризму (пізнавальний, екскурсійний, лікувально-оздоровчий екологічний, сільський тощо). Загалом соціальний туризм розглядається як економічна категорія та в більшості законів різних держав цей вид туризму зараховується до пріоритетних.

*Головна мета соціального туризму* – створення умов для подорожей пенсіонерам, інвалідам, ветеранам воєн і праці, школярам, молоді та будь-яким іншим громадянам, яким держава, державні та недержавні фонди, інші організації надають соціальну підтримку.

*Особливе значення соціального туризму* – це внесок в удосконалення людських взаємин: туристи спілкуються між собою, підвищують свій культурний і освітній рівень, відкривають нові для себе місця. Отже, соціальний туризм є засобом соціального єднання, а також він зменшується матеріальну нерівність, що призводить до зниження соціально-психологічної напруженості в суспільстві. Тобто залучення малозабезпечених громадян до суспільних цінностей, їх соціальна реабілітація, профілактика й відновлення здоров'я згодом попереджає антисоціальну поведінку.

Зважаючи на наведене вище визначення, соціальний туризм функціонує в певній системі взаємопов'язаних елементів. Розглянемо їх докладніше (рис. 6.14).

*Система соціального туризму* – це сукупність об'єктів і учасників соціального туризму, а також його принципів, цілей, засобів, зокрема пільги, поширювані на учасників соціального туризму.

*Об'єкти соціального туризму* – засоби та системи транспортування, розміщення, харчування, відпочинку та розваг, установи та організації оздоровчого, пізнавального та іншого призначення, інші складники туристської індустрії та туристських ресурсів, що діють у системі соціального туризму.

*Учасники соціального туризму* – юридичні та фізичні особи, зайняті формуванням і реалізацією туристських послуг у системі соціального туризму, захистом прав, інтересів громадян та відповідної діяльності.

*Соціальні туристи* – фізичні особи – споживачі туристського продукту, що задовольняють потреби в подорожах, зокрема з оздоровчими цілями, через систему соціального туризму.

До цієї категорії належать насамперед, діти, учні, студенти, ветерани війни та праці, пенсіонери та інваліди, у деяких країнах – держслужбовці, особи, які перебувають на військовій службі тощо. Тому цей вид туризму в основному розглядається як організований, колективний туризм. Він має свої пріоритетні види, має передусім культурно-пізнавальний, відновлювальний, оздоровчий характер. Туристські путівки, санаторні курсівки в пансіонати, санаторії, будинки відпочинку школярам і студентам на канікули, у табори надаються працівникам підприємств, учням та студентам денних вищих навчальних закладів зі значною дотацією, іноді вона досягає 90 % загальної вартості або безкоштовно. Окрему категорію становлять пенсіонери, інваліди війни, учасники заходів підвищеного ризику та інші, віднесені до пільгових категорій населення. Цим категоріям надаються путівки в реабілітаційні центри, пансіонати, санаторії.

Багато підприємств сфери туризму (готелі, ресторани) безпосередньо або опосередковано беруть участь у системі соціального туризму.

До кола учасників соціального туризму належать суб'єкти туристської індустрії та соціального захисту населення, профспілки та громадські організації інвалідів, а також різні асоціації, федерації, фонди, товариства взаємодопомоги та інші компанії. Усі ці суб'єкти в своїй основі підтримуються державою. Кошти на фінансування соціального туризму виділяються переважно з Фонду соціального страхування та державного бюджету.

Отже, основна особливість соціального туризму, на відміну від інших видів, полягає в *джерелах фінансування*. Такими джерелами є державні та муніципальні кошти на соціальні потреби, відповідні кошти приватних, корпоративних, державних, змішаних підприємств і організацій, благодійних фондів.

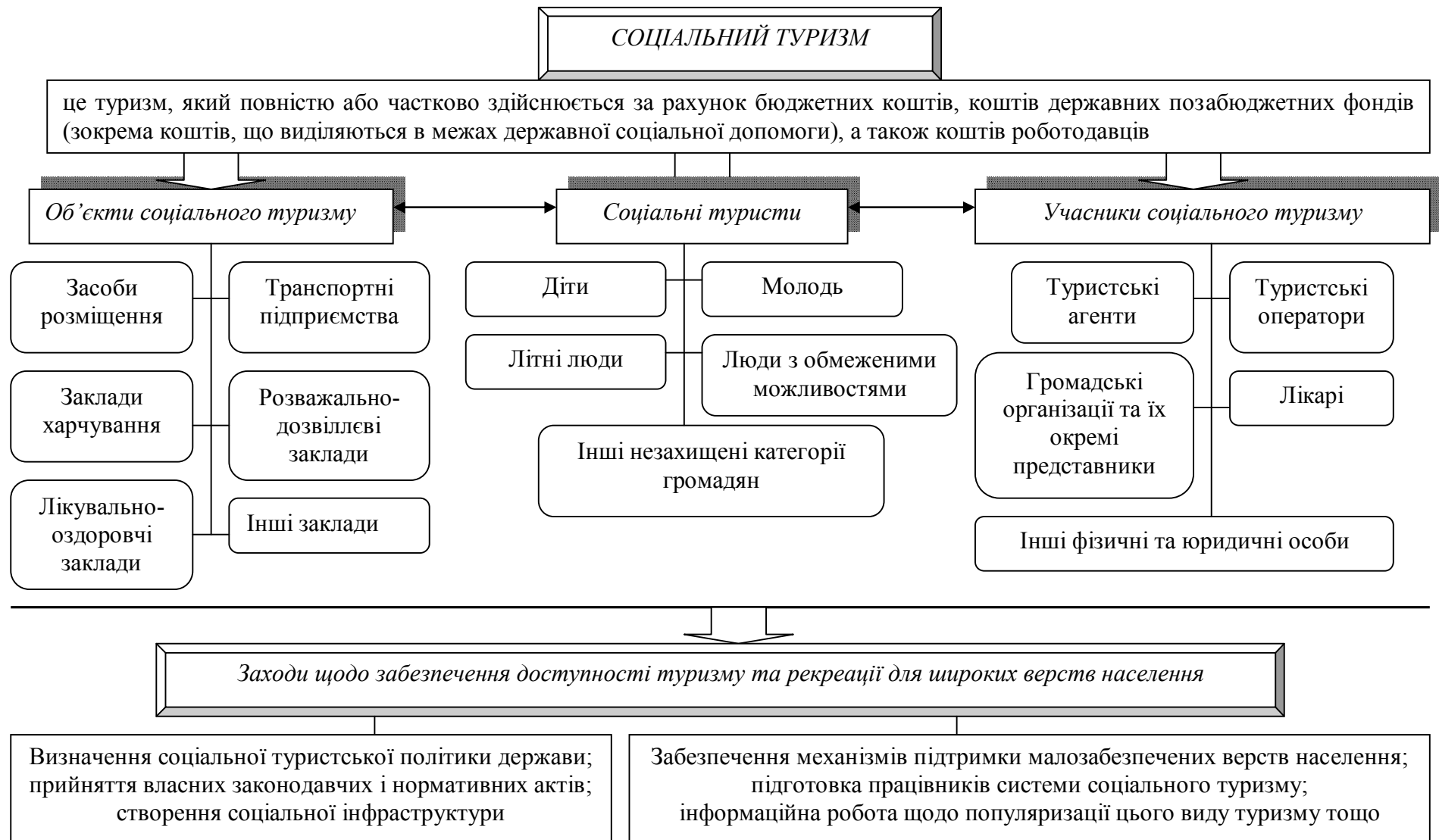


Рисунок 6.14 – Структура соціального туризму

Соціальний туризм в Україні є формально пріоритетним напрямом туристської діяльності згідно зі «Стратегією розвитку туризму та курортів на період до 2026 року». Однак на сьогодні чіткої програми розвитку соціального туризму в Україні не існує: ні на папері у вигляді документа стратегічного характеру, ні на практиці, як працюючого механізму надання пільгових туристських послуг пенсіонерам, інвалідам та дітям.

Незважаючи на те, що на сьогодні в Україні соціальний туризм нормативно не визначений, держава не повинна знімати з себе зобов'язання щодо створення економічно вигідних умов для роботи туроператорів як на внутрішньому, так і на зовнішньому ринках.

Оскільки організації соціального туризму одержання прибутку за мету не ставлять, а загальна тенденція в розвитку міжнародного туризму спрямована на надання туристських послуг усе більш високої якості, то установи соціального туризму останнім часом стикаються зі значними труднощами, зокрема [86]:

- залучення інвестицій у низці випадків стримується не браком джерел у потенційних інвесторів, а відсутністю матеріалів і документів, що підтверджують інвестиційну привабливість і ступінь інвестиційних ризиків тих чи інших туристських об'єктів;
- існують проблеми створення нової або адаптації до сучасних вимог існуючої матеріальної бази соціального туризму;
- відсутнє належне законодавство й нормативна база щодо соціального туризму;
- інформаційні та психологічні проблеми, з якими стикаються відпочиваючі в системі соціального туризму, значно знижують його рівень;
- якість послуг у соціальному туризмі відстає від зростаючих вимог до них;
- до теперішнього часу форми надання матеріальної допомоги клієнтам соціального туризму не відрізняються різноманітністю тощо.

Однією з форм надання матеріальної допомоги особам, які користуються послугами соціального туризму, могли б стати відпускні чеки, які активно використовуються в деяких країнах Європи, наприклад, у Франції та Швейцарії. Ця система дає змогу забезпечувати цілеспрямовані витрати коштів, зниження податків, вдосконалювати систему знижок на підприємствах обслуговування [48].

Одним із сегментів соціального туризму є *інклюзивний туризм*. Це одна з найбільших неохоплених сегментів українського туристського ринку. Широкий інформаційний доступ (засоби масової інформації (далі – ЗМІ), Інтернет, реклама) сформували у людей із фізичними й сенсорними порушеннями стійкий попит до подорожей за доступними цінами. Про це свідчать результати зарубіжного дослідження, проведеного Open Doors Organization [105].

У зв'язку з цим суб'єктам української туріндустрії варто звернути увагу на туристів-інвалідів, спрямовуючи інвестиції в створення комфортних умов для подорожі та відпочинку цієї категорії громадян [55]:

- спеціально обладнати номери в готелях;
- підготувати відповідний персонал;
- організувати послугу супроводу;
- створити умови для вільного пересування (пандуси, ліфти, ескалатори) і користування кімнатами гігієни;
- придбати спеціалізований транспорт.

У системі світового туристського розвитку особливе та значуще місце на сьогоднішні належить молодіжному туризму. У всій системі світового туризму частка молодіжного туризму щорічно збільшується на 1,5 % і зараз вже перевищила 40 % туристських потоків [49].

Молодь у віці від 14 до 30 років як одна з соціально незахищених груп повною мірою піддається впливу негативних факторів зовнішнього середовища. Урбанізація, обмежені можливості для повноцінного розвитку та реалізації свого потенціалу, гіподинамія та інші стресові ситуації викликають підвищену потребу у молоді в доступних оздоровчих, рекреаційних, розважальних послугах. Вирішення цієї проблеми поряд із духовним оздоровленням нації є однією зі стратегічних завдань як на державному, так і на регіональному рівнях.

Туроператори багатьох країн, усвідомлюючи важливість молодіжного соціального туризму, розробляють спеціальні молодіжні туристські програми – спортивні, пригодницькі тощо; пропонуються спеціальні пакети турів або послуг зі знижками; бюджетні місця розміщення.

Особливе місце в туризмі, особливо в соціальному, займає *державна політика* в галузі оздоровлення, відпочинку та зайнятості підростаючого покоління. В умовах серйозних соціальних змін, диференціації основних соціально-моральних цінностей, які впливають на суспільство загалом і на окремі його складові, діти та підлітки залишаються найбільш незахищеною групою, оскільки вони не володіють достатньою здатністю адаптуватися в мінливих умовах життя.

На сьогодні дитячий туризм став одним із найстійкіших сегментів соціального туризму в Україні. Така тенденція пояснюється тим, що в нашій країні, як і в інших країнах пострадянського простору, саме дитячий туризм носить соціальний статус, що означає повне або часткове фінансування цього виду діяльності за рахунок бюджетних коштів держави.

Як вже зазначалося, найбільшою структурою, яка фінансує соціальний дитячий туризм, є Фонд соціального страхування України, до бюджету якого з року в рік закладається стаття витрат на оздоровлення та санаторно-курортне лікування дітей. ФСС виступає передусім фінансистом, виділяючи асигнування на придбання путівок. Останнім часом спостерігається тенденція скорочення фінансування зазначеного Фонду у зв'язку зі збільшенням дефіциту державного бюджету України, що призводить до зниження обсягів закупівель санаторно-курортних путівок.

Не менш гострою проблемою для організації і діяльності в області соціального туризму в Україні є відсутність достатньої кількості фахівців. Таке становище стало наслідком розвалу системи підготовки фахівців в

області соціального туризму Радянського Союзу, після чого протягом багатьох років підготовка фахівців у цій сфері практично не велася. Це призвело до гострого дефіциту професійних фахівців з різних аспектів соціального туризму, особливо фахівців, здатних якісно виконувати послуги з обслуговування туристів і екскурсантів з дефектами зору, слуху або обмеженою опорно-руховою системою.

Саме від наявності таких фахівців, що володіють специфічними знаннями, істотно залежить успіх підприємств на ринку туристських послуг. Формування в учнів системи знань і вмінь у сфері інноваційної діяльності в сфері туризму сприятиме підвищенню якості підготовки фахівців. Вивчення інноваційної діяльності в сфері туризму нерозривно пов'язане з іншими дисциплінами, що формують у студентів професійні знання. Серед таких дисциплін можна виокремити:

1. «Правове забезпечення соціально-культурної сфери».
2. «Організація і менеджмент туризму».
3. «Організація і менеджмент готельних підприємств».
4. «Туристський і готельно-ресторанний маркетинг».

Обов'язковим є вивчення іноземних мов, особливо необхідних для туристської фірми, основною діяльністю якої є в'їзний туризм.

На наш погляд, бажано було б ввести в навчальні програми підготовки фахівців для індустрії туризму, зокрема соціального, такі предмети, як «Психологія», «Історія країни і регіонів».

Під час підготовки гідів-перекладачів не зайвим було б навчання основам надання медичної допомоги, топографії, орієнтування на місцевості, безпеки життєдіяльності та вмінню поводитися в екстремальних ситуаціях.

Реалізація соціальних програм в туризмі в Україні не тільки можлива, а й украй необхідна. Значна частина українського населення не може повною мірою скористатися правом на відпочинок. Дві третини населення можуть реально реалізувати це право тільки за умов соціальної підтримки на державному та регіональному рівнях. Витрачені на це кошти принесуть додаткову вигоду у вигляді підвищення рівня заповнюваності санаторіїв, будинків відпочинку, пансіонатів, транспортних маршрутів тощо. Отже, згодом соціальний туризм має набувати транскордонний, транснаціональний характер.

### 6.3.2 Аналіз моделей розвитку соціального туризму в Україні

У контексті проведеного нами дослідження можна зробити висновок, що практичне значення набувають питання створення адекватного механізму соціально-економічної підтримки санаторно-курортного комплексу, розробка якого покладається на державні органи управління в сфері туризму.

На думку фахівців у сфері туризму під час розробки концептуальної моделі відродження й розвитку соціального туризму та СКК можливі три варіанти (рис. 6.15):

– ефективне лобіювання з боку зацікавлених сторін при прийнятті чергового бюджету країни, а також бюджетів міста Києва та інших муніципальних утворень, прямого фінансування соціального туризму в межах бюджетів соціальної сфери;

– пошук компромісних варіантів з прямою та непрямною часткою підтримки соціального туризму державою, недержавними фондами, туристськими підприємствами і зацікавленими організаціями;

– розвиток соціального туризму за схемою – туризм розвиває туризм.

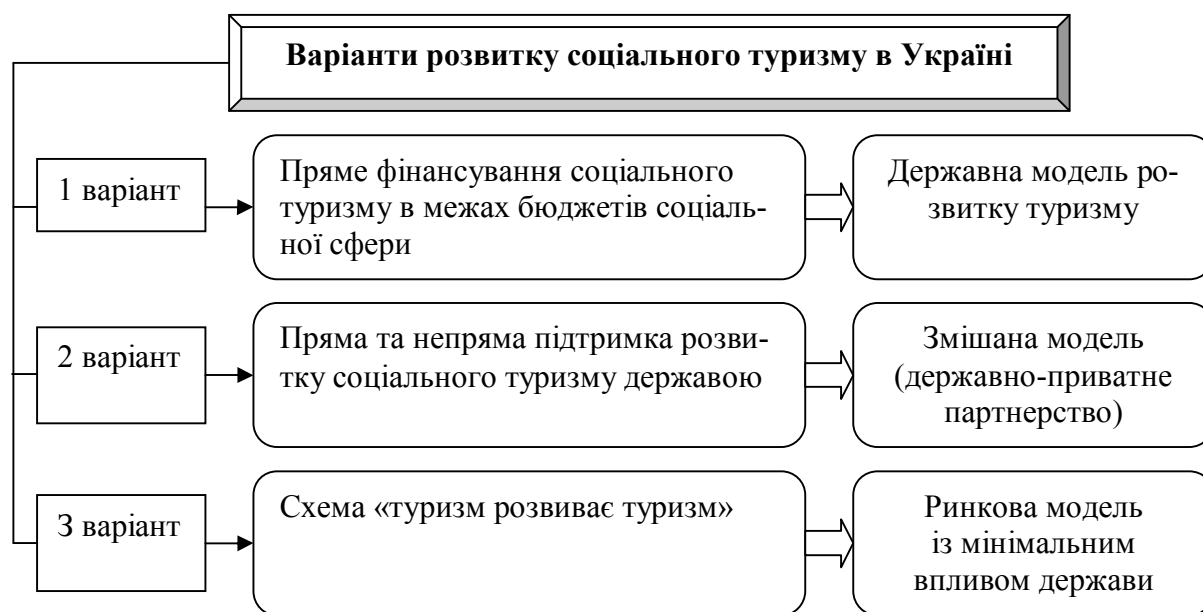


Рисунок 6.15 – Варіанти розвитку соціального туризму в Україні

*Перший варіант* можливий за умов високого економічного рівня розвитку країни, стабільній економічній та політичній ситуації, визнання соціальної сфери – сферою сталого розвитку, а галузі туризму – пріоритетною галуззю господарського комплексу.

Теоретична можливість прийняття такого варіанта за сучасних умов цілком обґрунтована, тим більше, що визначення соціального туризму передбачає його датування з бюджетів різних рівнів в обсязі коштів, що спрямовуються на соціальну сферу.

На сьогодні такий варіант розвитку соціального туризму за рахунок прямих бюджетних субсидій неможливий, але його можна розглядати як перспективну модель за наявності перелічених умов.

*Другий варіант* становить модель формування джерел розвитку соціального туризму за субсидійно-пайовим принципом, де основна питома вага прямих інвестицій має припадати на позабюджетні фонди, фонди підприємств, банківсько-фінансовий сектор, страхові компанії, приватних інвесторів. Держава в цьому разі побічно підтримує розвиток соціального туризму шляхом:

– досягнення та збереження високого інвестиційного рейтингу як країни загалом, так і туристської галузі зокрема;



- розробки нормативно-правової бази для відтворення та розвитку соціального туризму;
- надання цьому виду туризму режиму спеціальних податкових преференцій;
- створення нової надійної кредитно-фінансової системи, що забезпечує доступ до дешевих кредитних ресурсів;
- використання інших форм і видів державної підтримки, суб'єктів малого підприємництва тощо.

Це не означає, що держава не виконуватиме бюджетне субсидування цього виду туризму в разі наявних можливостей. Другий варіант не суперечить чинному законодавству й може бути використаний, якщо складуться умови для розвитку соціально-орієнтованої економіки.

*Третій варіант* є найжорсткішим і передбачає розвиток соціального туризму завдяки самої туристської галузі. Остання ж перебуває в нестабільному стані, а тому цей варіант розвитку соціального туризму поки не є можливим і може розглядатися як варіант на перспективу, коли внесок туристської галузі у валовий внутрішній продукт буде на рівні вкладу більшості розвинених країн – 10–30 %.

Отже, основою концептуальної моделі відродження та розвитку соціального туризму може стати другий варіант – субсидійно-пайова участь державного та недержавного секторів, які формують цільові інвестиційні ресурси, які базуються на балансі інтересів держави, туристських підприємств, інвесторів і споживачів соціального туристського продукту.

У таблиці 6.3 згруповано інтереси зацікавлених сторін у розвитку соціального туризму в санаторно-курортній сфері та заходи щодо забезпечення балансу інтересів.

Таблиця 6.3 – Інтереси зацікавлених контрагентів у розвитку соціального туризму в санаторно-курортній сфері та заходи щодо забезпечення балансу інтересів

Інтереси держави	Інтереси санаторно-курортних підприємств	Інтереси споживачів
1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>– поява додаткового джерела соціального захисту;</li> <li>– пряма економічна вигода від фізичного та духовного оздоровлення населення</li> </ul>	Цілорічне завантаження об'єктів інфраструктури	Гарантований доступ до споживання санаторно-курортних послуг
<ul style="list-style-type: none"> <li>– мінімізація одноразових бюджетних витрат;</li> <li>– розширення податкової бази</li> </ul>	Можливість залучення інвестиційних ресурсів для модернізації матеріально-технічної бази	Прийнятна ціна соціального туру

Продовження таблиці 6.3

1	2	3
– раціональне використання вільного часу; – вирішення проблем додаткової зайнятості тощо	Поява додаткових джерел доходу тощо	Диференційована шкала преференцій: від пільгової до безкоштовної санаторно-курортної путівки
Забезпечення балансу інтересів		
Державна підтримка у вигляді формування бюджетів відповідних рівнів з урахуванням прямого субсидування туристсько-рекреаційної сфери		
Надання учасникам соціального туризму певних податкових пільг і преференцій, створення сприятливого інвестиційного клімату		
Надання режиму пільгового кредитування та державних гарантій для отримання кредитів		

У концептуальній моделі розвитку соціального туризму в Україні доцільно виокремити такі *чотири етапи*.

1. Розробка Програми розвитку соціального туризму.
2. Розробка та затвердження пакету нормативно-правових актів, що регулюють діяльність соціального туризму.
3. Формування фінансово-економічного механізму підтримки соціального туризму.
4. Створення оптимальної трирівневої структури управління соціальним туризмом (державний, регіональний, муніципальний) як складової частини структури управління туристською галуззю.

Реалізація програми розвитку соціального туризму на найближчу перспективу буде визначатися ступенем економічного розвитку країни, і, як наслідок – ступенем його державної підтримки.

У цих умовах у програмі має бути передбачена певна послідовність доступу до соціальних туристських послуг.

*На першому етапі* має бути гарантований доступ до соціальних туристських послуг найбільш соціально незахищеній категорії громадян: інвалідам, особам, які зазнали впливу радіації, людям, робота яких пов'язана з високим професійним ризиком, дітям із багатодітних малозабезпечених сімей тощо, а основним видом туризму має бути лікувально-оздоровчий.

*На другому етапі* за наявності відповідних умов доступ до туристських соціальних послуг має бути розширений для інших, більш захищених категорій громадян: пенсіонерів, дітей, молоді, ветеранів тощо. При цьому основними видами туризму мають бути дитячо-юнацький, сімейний, оздоровчий, культурно-пізнавальний.

*На третьому етапі* доступ до туристських послуг має бути розширеним для різних категорій молоді та людей середнього віку, а основним видом туризму має бути самодіяльний, спортивний, похідний, екологічний тощо.

*На четвертому етапі* за наявності достатньої державної підтримки доступ до соціальних туристських послуг має бути гарантований всім верствам населення, а соціальний туризм має бути масовим.

У висновку необхідно відзначити, що необхідність формування концепції розвитку сучасного санаторно-курортного комплексу є актуальною. Основоположними моментами мають стати: розробка програми розвитку соціального туризму, формування багатоваріантної моделі фінансування та ринкові принципи управління. Це забезпечить поступовий перехід курортної сфери на засади сталого розвитку, дозволить розвивати самоорганізацію та самофінансування туристсько-рекреаційних закладів, унаслідок чого підвищуватиметься ефективність їхньої діяльності та досягатиметься доступність відповідних послуг.

### **Питання для самоконтролю**

1. Дайте визначення поняття «кластер».
2. Поясніть, у чому полягає сутність синергетичного ефекту від функціонування кластеру.
3. Наведіть приклади існуючих кластерів у сфері туризму в Україні.
4. Визначте мету та завдання створення рекреаційно-туристських кластерів.
5. Охарактеризуйте головні ознаки та бізнес-середовище санаторно-курортного кластера.
6. Охарактеризуйте класифікацію кластерів за напрямками їх генезису.
7. Визначте перелік кваліфікаційних показників оцінки перспективності створення туристського кластера.
8. Наведіть послідовність застосування методу кластеризації у програмі STATISTICA 6.0 (7.0).
9. Охарактеризуйте етапи виділення та оцінки санаторно-курортних кластерів.
10. Які особливості управління та розвитку курортів мають країни Західної Європи?
11. Визначте тенденції управління та розвитку курортів у Туреччині та Канади?
12. Охарактеризуйте сучасний світовий ринок сімейного туризму.
13. Наведіть відмінності курортів та рекреаційних зон України та європейських країн.
14. Охарактеризуйте історичні закономірності розвитку соціального туризму.
15. Наведіть визначення поняття «соціальний туризм», його головну мету та особливе значення для держави.
16. Охарактеризуйте структуру соціального туризму в Україні.
17. Визначте склад об'єктів та учасників соціального туризму.
18. Кого відносять до соціальних туристів?

19. Охарактеризуйте інклюзивний туризм як сегмент соціального туризму.
20. Визначте основні проблеми організації соціального туризму в Україні.
21. Охарактеризуйте варіанти розвитку соціального туризму в нашій державі.
22. Наведіть інтереси зацікавлених сторін у розвитку соціального туризму в санаторно-курортній сфері.
23. У який спосіб може бути досягнутий баланс інтересів зацікавлених сторін в розвитку соціального туризму?
24. Охарактеризуйте концептуальну модель розвитку соціального туризму в Україні та етапи її реалізації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України (1996) : [із змін. та допов.] станом на груд. 2004 р. – Одеса : Негоціант, 2005. – 80 с.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [Електронний ресурс] : Закон України 2168–VIII від 19.10.2017 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
3. Про курорти [Електронний ресурс]. : Закон України № 2026-III від 05.10.2000 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2026-14>.
4. Про Акціонерні товариства [Електронний ресурс] : Закон України від 17.09.08 № 514-VI. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>.
5. Про жертви нацистських переслідувань [Електронний ресурс] : Закон України № 1584-III від 23.03.2000 – Режим доступу : <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1584-14>.
6. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту [Електронний ресурс]. : Закон України № 3551-XII від 22.10.1993 – Режим доступу : <https://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/3551-12/paran39#n39>.
7. Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи [Електронний ресурс] : Закон України № 796-XII від 28.02.1991 [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/796-12>.
8. Про основи соціальної захищеності інвалідів [Електронний ресурс]. Закон України № 875-XII від 21.03.1991 – Режим доступу : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12?test=AZPMfVYbMbFmhoZsZiPD TLXoHI4SQs80msh8Ie6>
9. Про ліцензування видів господарської діяльності [Електронний ресурс] : Закон України № 222-VIII від 2 березня 2015 р. – Режим доступу: <https://www.profiwins.com.ua/uk/legislation/laws/86.html>.
10. Про державну податкову службу в Україні [Електронний ресурс] : Законом України № 509-XII від 4.12.1990 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/509-12>.
11. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України № 2801-XII від 19.11.92 – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/stru>.
12. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням [Електронний ресурс] : Закон України № 2240-III від 18.01.2001 – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2240-14>.
13. Про публічні закупівлі [Електронний ресурс] : Закон України № 1078-VII від 12.04.2016 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19>
14. Про жертви нацистських переслідувань [Електронний ресурс] : Закон України № 1584-XIV від 23.03.2000 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1584-14>.

15. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету міністрів України № 765 від 15.07.97 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF>.

16. Про затвердження Загального положення «Про санаторно-курортний заклад» [Електронний ресурс] : Постанова КМУ від 11.07.2001 № 805 (поточна редакція від 11.10.2002) – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/805-2001-%D0%BF>.

17. Про затвердження переліку водних об'єктів, що відносяться до категорії лікувальних [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 1499 від 11 грудня 1996 – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1499-96-%D0%BF>.

18. Про затвердження переліку корисних копалин загальнодержавного та місцевого значення [Електронний ресурс]. : Постанова Кабінету Міністрів України № 827 від 12 грудня 1994 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-94-%D0%BF>.

19. Перелік населених пунктів, віднесених до курортних [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 1391 від 15 грудня 1997 р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1391-97-%D0%BF>.

20. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 187 від 22.02.2006 – Режим доступу : <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/187-2006-%D0%BF/para02#o2>.

21. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками дітей-інвалідів [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 1345 від 03.12.2009 – Режим доступу : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1345-2009-%D0%BF/para01#o1>.

22. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками до санаторно-курортних закладів військовослужбовців, ветеранів війни, ветеранів військової служби, органів внутрішніх справ та деяких інших категорій осіб і членів їх сімей [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 446 від 27.04.2011 – Режим доступу : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/446-2011-%D0%BF/para01#o1>.

23. Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості санаторно-курортного лікування деяким категоріям громадян [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України №785 від 17.06.2004 – Режим доступу : <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/785-2004-%D0%BF>.

24. Про затвердження Порядку забезпечення санаторно-курортними путівками деяких категорій громадян структурними підрозділами з питань соціального захисту населення районних, районних у м. Києві та Севастополі держадміністрацій, виконавчими органами міських рад [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету міністрів України № 187 від 22 лютого 2006 р. – Режим доступу : <https://законодавство.com/kabineta-ministriv-postanovi/postanova-vid-lyutogo-2006-187-pro141095.html>.

25. Про затвердження Положення про організацію оздоровлення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету міністрів України № 800 від 16 травня 2000. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/800-2000-%D0%BF/ed20000516>.

26. Про затвердження Положення про порядок створення і функціонування технопарків та інноваційних структур інших типів [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України № 549 від 22.05.1996. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/549-96-п>.

27. Про схвалення Стратегії розвитку туризму та курортів на період до 2026 року [Електронний ресурс]. : Розпорядженням Кабінету Міністрів України № 168-р від 16 березня 2017 – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249826501>.

28. Про затвердження Положення про управління туризму та курортів [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 27.01.2016 № 116 – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/ME160077.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ME160077.html).

29. Про затвердження Положення про департамент туризму і курортів [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 22.07.2016 № 1202 – Режим доступу : <http://www.me.gov.ua/Documents/List?lang=uk-UA&id=f986105f-102a-47f7-b5f0-fefebb9c20a3&tag=PolozhenniaProUpravlinnia>.

30. Про внесення змін до наказу МОЗ України «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 142 від 14 березня 2011 р. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0031-14>.

31. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я № 49 від 02.02.2011 – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0171-11>.

32. Про затвердження Переліку продукції, що підлягає обов'язковій сертифікації в Україні [Електронний ресурс] : Наказ Державного комітету України з питань технічного регулювання та споживчої політики № 28 від 1 лютого 2005 – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/ed\\_2007\\_09\\_13/an/49/RE10746.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/ed_2007_09_13/an/49/RE10746.html).

33. Про затвердження правил відбору і направлення хворих (дорослих, підлітків і дітей) на санаторно-курортне та амбулаторно-курортне лікування [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 16.05.1983 № 580 – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ7342.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ7342.html)

34. Про затвердження критеріїв державної акредитації санаторно-курортних закладів України [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України № 167 від 08.05.2002 – Режим доступу: <http://www.uazakon.com/big/text1276/pg1.htm>.

35. Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я № 56 від 06.02.2008 – Режим доступу : <http://consultant.parus.ua/?doc=09V69CEAA1>.

36. Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я № 242 від 12 травня 2008 р. – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ8288.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ8288.html).

37. Господарський кодекс України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 2003. – № 22 – ст. 144 : – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua>.

38. Водний Кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/213/95-%D0%B2%D1%80>.

39. Земельний Кодекс України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2768-14>.

40. Аналіз державної політики на підтримку розвитку туризму в Україні [Електронний ресурс] : аналіт. досл. в рамках проекту «Використання канадського досвіду на підтримку розвитку туризму в Україні як провідної галузі економіки» / Держ. турист. адміністрація України, Спілка розв. туризму і ремесел «Золоте Перевесло». – Київ, 2005. – 165 с.

41. Аналітична записка до Секретаріату Президента України «Обґрунтування доцільності реалізації кластерної моделі розвитку українсько-польського транскордонного співробітництва у сфері туризму» 18.11.2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.niss.lviv.ua/analytics/123.htm>.

42. Бойко С. Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / С. Г. Бойко // Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. – 2018. – № 1. – Режим доступу : [http://el-zbirn-du.at.ua/2018\\_1/12.pdf](http://el-zbirn-du.at.ua/2018_1/12.pdf).

43. Ведмідь Н. І. Класифікація санаторно-курортних і оздоровчих підприємств / Н. І. Ведмідь // Культура народів Причорномор'я. – 2012. – № 238. – С. 9–13.

44. Ведмідь Н. Методологічні основи типізації суб'єктів санаторно-курортної діяльності / Н. Ведмідь // Вісник КНТЕУ. – 2012. – № 6. – С. 72–83.

45. Ветитнев А. М. Организация санаторно-курортной деятельности / А. М. Ветитнев, Я. В. Войнова. – М. : Федеральное агентство по туризму, 2014. – 272 с.

46. Винер Н. Кибернетика или управление и связь в животном мире и машине / Н. Винер; пер. с англ. И. В. Соловьева и Г. Н. Поварова ; под ред. Г. Н. Поварова. – 2-е издание. – М. : Наука; Главная редакция изданий для зарубежных стран, 1983. – 344 с.



47. Влащенко Н. М. Вдосконалення управління асортиментом послуг санаторно-курортних підприємств / Н. М. Влащенко // Економічний форум. – 2015. – № 3. – С. 279–284.
48. Влащенко Н. М. Забезпечення доступності санаторно-курортних послуг рекреаційних підприємств для населення / Н. М. Влащенко // Бізнес Інформ. – 2018. – № 4. – 164–169.
49. Влащенко Н. М. Забезпечення соціально-економічного розвитку регіонального санаторно-курортного комплексу : монографія / Н. М. Влащенко ; Харк. нац. акад. міськ. госп-ва. – Харків : Вид-во ТОВ «Друкарня МАДРИД», 2012. – 254 с.
50. Влащенко Н. М. Закономірності економічного розвитку регіонального санаторно-курортного комплексу / Н. М. Влащенко // Комунальне господарство міст : Харк. нац. акад. міськ. госп-ва. – Вип. 100. – Харків : ХНАМГ, 2011. – С. 393–400.
51. Влащенко Н. М. Методичні вказівки до виконання розрахунково-графічної роботи з дисципліни «Управління курортами» (для студентів 5 курсу заочної форми навчання, освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр», спеціальності 073 – Менеджмент, спеціалізації «Менеджмент організацій і адміністрування») / Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова ; уклад. Н. М. Влащенко. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. – 36 с.
52. Влащенко Н. М. Місце санаторно-курортного комплексу в системі інтеграційних міжгалузевих взаємодій / Н. М. Влащенко // VII Міжнародна науково-практична Інтернет-конференція студентів, аспірантів і молодих науковців «Стратегія розвитку міст: молодь і майбутнє (інноваційний ліфт)» (28 квітня – 22 травня 2017 року). / Харк. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків, 2017. – 137 с. – С. 129–132.
53. Влащенко Н. М. Нормативно-правове забезпечення санаторно-курортної діяльності в Україні / Н. М. Влащенко // Бізнес Інформ. – № 4 (411). – Харків : ВД «ІНЖЕК», 2012. – С. 147 – 150.
54. Влащенко Н. М. Організація комерційної діяльності санаторно-курортними закладами державної форми власності / Н. М. Влащенко // Сталий розвиток в умовах глобальних викликів : Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференція (7 – 8 квітня 2017 р., м. Харків). – Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова та ін. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. – 333 с. – С. 52–54.
55. Влащенко Н. М. Проблеми та перспективи розвитку інфраструктури для потреб інклюзивного туризму / Н. М. Влащенко // Бізнес Інформ. – 2018. – № 9. – С. 122–126.
56. Влащенко Н. М. Туристсько-рекреаційний кластер як інноваційна форма розвитку території / Н. М. Влащенко // Економічний простір. – 2016. – № 108. – С. 70–80.
57. Влащенко Н. М. Управлінські аспекти розвитку регіонального санаторно-курортного комплексу / Н. М. Влащенко // Міжнарод. науков.

журнал «Інтернаука». – 2018. – № 7 (15). – С. 113–117 Серія : «Економічні науки».

58. Гаврилко Г. П. Регіональні санаторно-курортні кластери: основні ознаки та принципи формування / Г. П. Гаврилко // Науковий вісник ужгородського університету. – 2016. – Вип. 1 (47). – Т. 2. – С. 73–77.

59. Геєць В. Кластери і мережеві структури в економіці – тема досить цікава, але на сьогодні ще до кінця не вивчена... / В. Геєць // Економіст. – 2008. – № 10. – С. 10–11.

60. Глушко А. А. География туризма / А. А. Глушко, А. М. Сазыкин / Изд-во Дальневосточного ун-та. – Владивосток, 2002. – 266 с.

61. Граматичний словник української літературної мови. Словозміна : Близько 140 000 слів / Відп. ред. Н.Ф. Клименко. – Київ : Видавничий Дім Дмитра Бураго, 2011. – 760 с.

62. Дайян А. Академия рынка. Маркетинг / А. Дайян, Ф. Бунерель, Ланкар и др. – М. : Экономика, 2002. – 195 с.

63. Державне управління і менеджмент : навч. посіб. у табл. і схемах / Г. С. Одінцова, Г. І. Мостовий, О. Ю. Амосов та ін. ; за аг. ред. Г. С. Одінцової. – Харків : Вид-во ХарРІУАДУ, 2002. – 492 с.

64. Журавлева Л. Б. Курортное дело с основами курортологии: уч. пособие / Л. Б. Журавлева. – Сочи : Сочинск. гос. ун-т туризма и курортного дела, 2008. – 670 с.

65. Загальний класифікатор «Галузі народного господарства України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://www.gov.lica.com.ua/b\\_text.php?type=3&id=513523&base=1](http://www.gov.lica.com.ua/b_text.php?type=3&id=513523&base=1).

66. Здравницы профсоюзов Украины. – Київ : Тамдем, 1997. – 317 с.

67. Інструкція про порядок забезпечення застрахованих осіб і членів їх сімей путівками на санаторно-курортне лікування, які придбані за рахунок коштів фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності [Електронний ресурс] : Постанова Правління Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності № 55 від 02.06.2005 – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z0994-10>.

68. Каленюк І. С. Соціальні аспекти розвитку рекреації і туризму як значущого сегменту світового господарства : теоретико-методологічні засади / І. С. Каленюк, Т. М. Котенко // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2015. – Випуск 3. – С. 172–176.

69. Ковач М. Й. Концептуальні основи інноваційного розвитку санаторно-курортного господарства регіону / М. Й Ковач // Економіка і регіон : ПолтНТУ. – 2011. – №3 (30). – С. 58–63.

70. Кожина А. В. Удосконалення організації надання туристських послуг в малому історичному місті / дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 – місцеве самоврядування / А. В. Кожина ; Академія муніципального управління. – Київ, 2009. – 280 с.

71. Козловський Є. Шляхи формування еліти в туристській галузі (вітчизняний та іноземний досвід) / Є. Козловський // Формування й онов-

лення політико-управлінської еліти в сучасній Україні : зб. наук. праць / За заг. ред. М. І. Пірен. – Київ : Вид-во НАДУ, 2005. – С. 169–188.

72. Кондратюк Н. Ю. Нормативно-правове регулювання та основні етапи акредитації закладів охорони здоров'я в Україні / Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – №1(21). – С. 75–78.

73. Левицька І. В. Розвиток туристсько-рекреаційного потенціалу регіону як основа формування туристського кластера / І. В. Левицька // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – 2016. – Вип. 9. – С. 92 – 96.

74. Левцов С. В. Зарубіжний досвід організації надання рекреаційних послуг та його імплементація в Україні [Електронний ресурс] / С. В. Левцов // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2015. – № 9. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur\\_2015\\_9\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Duur_2015_9_13).

75. Мариниг К. Перспективы налогообложения туризма на муниципальном уровне (на примере города Тимминса) / К. Мариниг [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://citystrategy.leontief.ru./world/marinig.htm>

76. Маслакова Н. Д. Управління асортиментною політикою підприємства [Електронний ресурс] / Н. Д. Маслакова, Н. С. Кубишина // Актуальні проблеми економіки та управління. – 2011. – Вип. 5. – Режим доступу: [http://probleconomy.kpi.ua/pdf/2011\\_17.pdf](http://probleconomy.kpi.ua/pdf/2011_17.pdf)

77. Мігущенко Ю. В. Напрями регулювання структурних диспропорцій в туристській сфері країн центрально-східної та південної Європи: досвід для України в контексті розширеної зони вільної торгівлі [Електронний ресурс] / Ю. В. Мігущенко – Режим доступу: <http://old.niss.gov.ua/Monitor/august08/13.htm>.

78. Мікула Н. А. Стратегія формування та підтримки розвитку транскордонних кластерів / Н. А. Мікула // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. Кластери та конкурентоспроможність прикордонних регіонів: збірник наукових праць. – НАН України. Ін-т регіональних досліджень ; редкол. : Відп. ред. Є. І. Бойко. – Львів. – 2008. – Вип. 3 (71). – С. 129–141.

79. Напрямки медичної реформи в Україні 2017 [Електронний ресурс] // Науковий журнал «Сильна Україна» – Режим доступу : [www.lsej.org.ua/6\\_2017/32.pdf](http://www.lsej.org.ua/6_2017/32.pdf).

79. Ніколаєв Ю. О. Туристські кластери в Україні / Ю. О. Ніколаєв // Вісник соціально-економічних досліджень. – 2012. – Вип. 4 (47). – С. 336–341.

80. Новик Л. И. Современные аспекты коммуникативного менеджмента на предприятиях гостиничного хозяйства / Л. И. Новик, В. Ф. Кузин // Вісник ДІТБ. – 2013. – № 17. – С. 26–30.

81. Одинцова Г. С. Теорія та історія державного управління : навч. посібник / Г. С. Одинцова, В. Б. Дзюндзюк, Н. М. Мельтюхова, В. В. Нікітін. – Київ : Професіонал, 2008. – 288 с.

82. Омелянець С. М. Еколого-економічне природокористування на курортних територіях / С. М. Омелянець // Медична реабілітація і курортологія. – 2004. – № 3. – С. 102–104.

83. Організація санаторно-курортного лікування та оздоровлення в Україні [Електронний ресурс]. / В. В. Кулик, О. А. Торохін, О. А. Владимиров, Л. Я. Гріняєва, Е. О. Гоженко – Режим доступу : [http://www.vafk.com/gallery/l\\_6.pdf](http://www.vafk.com/gallery/l_6.pdf).

84. Офіційний сайт Державної служби статистики [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.

85. Павлова Т. Г. Особливості та проблеми соціального туризму в Україні / Т. Г. Павлова, О. Ю. Красовська, С. І. Сисоєва // Глобальні та національні проблеми економіки. – 2018. – Випуск 22. – С. 637–640.

86. Пангелов Б. П. Спрямованість і зміст діяльності аніматорів у туристсько-рекреаційних комплексах / Б. П. Пангелов, С. Б. Пангелов // Спорт. вісн. Придніпров'я. – 2013. – № 2. – С. 184–187.

87. Пангелова Н. Зарубіжний досвід організації сімейного відпочинку з дітьми у рекреаційно-туристських комплексах / Н. Пангелова, А. Сем'янчук // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2014. – № 4. – С. 78–80.

88. Пархета Л. В. Медико-демографічні показники та їх вплив на розвиток добровільного медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / Л. В. Пархета // Ефективна економіка : електронне фахове видання. – Режим доступу : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=6084>.

89. Писаревский Е. Л. Основы туризма [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://www.russiatourism.ru/data/File/news\\_file/2014/PISAREVSKIY\\_Osnovi%20turizma.pdf](http://www.russiatourism.ru/data/File/news_file/2014/PISAREVSKIY_Osnovi%20turizma.pdf).

90. Полчанінова І. Л. Рекреаційні комплекси світу : навч. посібник / І. Л. Полчанінова, М. М. Покоłodна ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2018. – 108 с.

91. Приживара С. В. Управління як специфічний вид діяльності [Електронний ресурс] / С. В. Приживара / Державне будівництво – 2012. – № 1. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu\\_2012\\_1\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu_2012_1_9)

92. Провоторова Є. В. Ліцензування як засіб державного регулювання в сфері рекреації [Електронний ресурс] / Є. В. Провоторова // Матеріали доповідей III науково-практичної конференції «Інформаційні технології в управлінні туристичною та курортно-рекреаційною економікою». – Бердянськ : АУІТ «АРІУ», 2007. – Режим доступу : [http://tourlib.net/statti\\_ukr/provotorova](http://tourlib.net/statti_ukr/provotorova).

93. Радченко Л. М. Експортоорієнтований міжрегіональний кластер як інструмент нарощування і реалізації експортного потенціалу регіону [Електронний ресурс] / Л. М. Радченко // Ефективна економіка – 2012. – № 9. – Режим доступу : <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1395>.

94. Рекреаційний потенціал Львівщини : статистичний збірник // Головне управління статистики у Львівській області. – Львів, 2018. – 96 с.

95. Рендович П. М. Фінансове забезпечення підприємств санаторно-курортного комплексу / П. М. Рендович // дис... канд. екон. наук. спец. 08.00.08 – Гроші, фінанси і кредит. – Тернопіль, 2012. – 189 с.
96. Савоста О. П. Правове регулювання діяльності у сфері курортів / О. П. Савоста [Електронний ресурс]. // Теорія та практика державного управління – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu\\_2009\\_1\\_61](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tpdu_2009_1_61).
97. Сайт Ліга Закон [Електронний ресурс] : новини – Режим доступу: <https://ligazakon.net/lawnews/doc/NZ190417>.
98. Сайт Міністерства охорони здоров'я України : розділ «Положення про Міністерство» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/polozhennja-pro-ministriv>.
99. Сайт Міністерства охорони здоров'я України : розділ «Трансформація системи» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/scho-zminilosja-za-rik-pislja-prijnjattja-zakonu-pro-medichnu-reformu>.
100. Сайт ПрАТ «Укрпрофоздоровниця» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ukrzdrav.com/2013-12-03-12-40-05/zagalna-informatsiya.html>.
101. Сайт фірми «Бухгалтер.com.ua» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://buhgalter.com.ua/articles/zakupivli-za-derzhkoshti/publichni-zakupivli-yak-byudzhetikam-pidgotuvatisya-do-zastosuvannya>.
102. Сайт Федерації професійних спілок України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://fpsu.org.ua>.
103. Сайт фірми «Pro-tender», яка надає консультативні послуги з питань бізнесу [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.pro-tender.com.ua/poslugi>.
104. Середа Н. В. Аналіз ступеню використання маркетингу в організаційно-управлінській діяльності дитячо-юнацьких спортивних шкіл / Н. В. Середа // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2013. – № 4. – С. 60–64.
105. Стеченко Д. М. Наукова сутність процесу кластеризації в сфері туризму / Д. М. Стеченко // Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://tourlib.net/statti\\_ukr/stechenko2.htm](http://tourlib.net/statti_ukr/stechenko2.htm).
106. Страпчук С. І. Стан та тенденції розвитку фармацевтичного виробництва в Україні / С. І. Страпчук // Економічна теорія та право. – 2017. – № 1. – С. 54–62.
107. Траскевич А. Инновации в развитии санаторно-курортного сегмента туристского рынка Беларуси [Електронний ресурс] / А. Траскевич // Режим доступу : [https://www.researchgate.net/publication/277075788\\_Innovacii\\_v\\_razvitii\\_sanatarno-kurortnogo\\_segmenta\\_turistskogo\\_rynka\\_Belarusi\\_Innovations\\_in\\_the\\_sanatorium\\_tourism\\_segment\\_in\\_Belarus](https://www.researchgate.net/publication/277075788_Innovacii_v_razvitii_sanatarno-kurortnogo_segmenta_turistskogo_rynka_Belarusi_Innovations_in_the_sanatorium_tourism_segment_in_Belarus).
108. Туристський сайт : Австрія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [www.turistua.com](http://www.turistua.com).

109. Український медичний часопис : актуальні питання медичної практики on-line [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/article/109058/moz-ukrayini-rozroblyaye-novi-vimogido-medichnoyi-infrastrukturi>.

110. Філософський енциклопедичний словник / За заг. редакцією В. І. Шинкарук. – Київ : Абрис, 2002. – 744 с.

111. Фонд соціального страхування України : офіційний сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.fse.gov.ua>.

112. Шарко В. В. Маркетингове управління товарним асортиментом [Електронний ресурс] / В. В. Шарко, Н. М. Павлюк. – Режим доступу : [ir.kneu.edu.ua/bitstream/2010/19313/1/333-341.pdf](http://ir.kneu.edu.ua/bitstream/2010/19313/1/333-341.pdf)

113. Шорохов В. Порівняльний аналіз лінійно-функціональної та дивізіональної організаційних структур управління / В. Шорохов // Ефективність державного управління. – 2015. – Вип. 43. – С. 201–210.

114. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

115. Яворський Ю. М. Туристський кластер як форма розвитку галузі / Ю. М. Яворський // Український туризм. – 2015. – № 2. – 56–57 с.

116. Як порахувати туристів : сайт компанії «Бізнес цензор» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [https://biz.censor.net.ua/columns/3025289/yak\\_porahuvati\\_turistv](https://biz.censor.net.ua/columns/3025289/yak_porahuvati_turistv).

117. Michael E. Porter. The Economic Performance of Regions // Regional Studies. – 2003. – Volume 37. – P. 549–578.

118. Ukrinform : мультимедійна платформа іномовлення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.ukrinform.ru/rubric-regions/2544045-v-ukraine-zapuskaut-proizvodstvo-sovremennyh-skoryh-na-baze-hyundai.html>.

## ДОДАТОК А

### Динаміка структури управління сферою туризму в Україні

Рік створення	Назва органів управління	Підпорядкованість
1989–1991	Відсутність органів управління туристською сферою	—
1993	Державний комітет України по туризму	Кабінет міністрів України
2000	Державний комітет молодіжної політики, спорту та туризму	Кабінет міністрів України
2001	Державний департамент туризму і курортів	Кабінет міністрів України
2002	Державна туристична адміністрація України	Кабінет міністрів України
2006	Державна служба туризму і курортів	Міністерство культури і туризму
2011	Державне агентство України з туризму і курортів	Міністерство інфраструктури
2015	Департамент туризму та курортів	Міністерство економічного розвитку і торгівлі

## ДОДАТОК Б

### Приклад статуту санаторно-курортного підприємства

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України  
05.10.2007 № 617  
Міністр Ю. О. Гайдаєв

#### СТАТУТ

#### ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ «СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ (СПЕЦІАЛЬНИЙ) КЛІНІЧНИЙ САНАТОРІЙ «СОКОЛИК» МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

##### 1 Загальні положення

1.1 Державний заклад «спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій «Соколик» міністерства охорони здоров'я України (далі – Санаторій) є державним спеціалізованим (спеціальним) санаторно-курортним закладом.

1.2 Санаторій є неприбутковою установою та працює цілорічно.

1.3 Санаторій підпорядковується Міністерству охорони здоров'я України, яке є його вищим органом управління. Санаторій діє на підставі цього Статуту та у своїй діяльності керується Конституцією України (254к/96-ВР), Законами України, Указами Президента України, постановами Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства охорони здоров'я України та іншими чинними нормативно-правовими актами.

1.4 Санаторій є юридичною особою, має печатку, штампи із зазначенням своєї назви, бланки, знак(и) для товарів та послуг, рахунки в органах державного казначейства та в банківських установах, а також інші атрибути юридичної особи відповідно до чинного законодавства України.

1.5 Санаторій – є закладом охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів курортів (лікувальних грязей та озокериту, мінеральних та термальних вод, ропи лиманів та озер, природних комплексів зі сприятливими для лікування умовами тощо) та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури та інших методів санаторно-курортного лікування.

1.6 Відносини з фізичними та юридичними особами здійснюються на договірних засадах відповідно до вимог чинного законодавства України.

1.7 Повне та скорочене найменування Санаторію українською мовою таке:

1.7.1 Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій «Соколик» міністерства охорони здоров'я України;



1.7.2 Державний заклад «СКС «Соколик» МОЗ України.

1.8 Державний заклад «Спеціалізований (спеціальний) клінічний санаторій «Соколик» міністерства охорони здоров'я України є правонаступником головного санаторію «Соколик» міністерства охорони здоров'я України.

1.9 Місце розташування Санаторію: 65114, Україна, м. Одеса, вул. Маяковського, 3.

1.10 Місце розташування Санаторію є його юридичною адресою.

## **2 Мета, цілі, напрями та завдання діяльності**

2.1 Метою створення та функціонування Санаторію є надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги з реабілітації хворих відповідно до спеціалізації Санаторію.

2.2 Напрями спеціалізації та медичний профіль Санаторію визначаються МОЗ з урахуванням лікувальних властивостей природних лікувальних ресурсів курортів.

2.3 Головними напрямками діяльності Санаторію є:

2.3.1 Здійснення медичної практики відповідно до отриманої ліцензії.

2.3.2 Надання комплексного лікування з максимальним використанням кліматичних факторів та природних лікувальних ресурсів регіону, а також інших лікувальних та нетрадиційних методів відповідного лікування з метою закріплення результатів, досягнутих на госпітальному етапі, ліквідації залишкових явищ оперативних втручань, травм, скорочення періоду відновлення порушених функцій та запобігання переходу патологічного процесу у хронічний перебіг, тощо.

2.3.3 Розробка та впровадження нових ефективних методів діагностики, лікування та реабілітації, а також організації форм роботи передових санаторно-курортних установ.

2.3.4 Проведення аналізу ефективності лікування хворих на санаторному етапі.

2.3.5 Здійснення заходів щодо підвищення кваліфікації медичного, педагогічного та обслуговуючого персоналу Санаторію.

2.3.6 Співпраця з профільними науково-дослідними інститутами й кафедрами медичних університетів, проведення науково-практичних робіт із питань розроблення, впровадження та використання нових методів лікування та реабілітації.

2.3.7 Участь в організації та проведенні семінарів, науково-практичних конференцій, експертних комісій, консилиумів, медичних рад тощо та контроль за якістю лікувально-діагностичного процесу.

2.3.8 Зміцнення матеріально-технічної бази Санаторію та організації її експлуатації.

2.3.9 Здійснення у межах своєї компетенції заходів щодо розвідки, обліку раціонального використання та охорони родовищ мінеральних і те-

рмальних вод, лікувальних грязей, озокериту, ропи лиманів та озер, лікувальних ресурсів на прилеглий території курорту відповідно до вимог законодавства.

2.3.10 Участь у виконанні заходів і робіт для визначення та узгодження меж округу та зон санітарної охорони родовищ природних лікувальних ресурсів у встановленому порядку.

2.3.11 Розробка заходів для поліпшення благоустрою та санітарного стану курортів.

2.3.12 Додержання санітарно-епідеміологічного режиму.

2.3.13 Надання послуг юридичним та фізичним особам, зокрема й платних, реалізація санаторних путівок у порядку встановленому законодавством України.

2.3.14 Надання послуг з розміщенні (мешкання) та харчування.

2.3.15 Провадження господарської діяльності пов'язаної із зберіганням, перевезенням, придбанням, відпусткою, знищенням наркотичних засобів та психотропних речовин, прекурсорів.

2.3.16 Видобуток підземних мінеральних вод для потреб у лікувальному процесі хворих, що лікуються в санаторії.

### **3 Майно та фінансова діяльність**

3.1 Майно Санаторію становлять основні засоби, обігові, оборотні і грошові кошти, а також інші матеріальні цінності, вартість яких відображається в самостійному балансі.

3.2 Майно та кошти Санаторію є державною власністю та належать йому на праві оперативного управління.

3.3 Джерелами формування майна Санаторію є:

3.3.1 Майно, передане йому Міністерством охорони здоров'я України.

3.3.2 Кошти Державного бюджету України.

3.3.3 Кошти, а також інше майно, набуте Санаторієм внаслідок своєї діяльності.

3.3.4 Благодійна допомога.

3.3.5 Власні надходження Санаторію, які надійшли як плата за послуги, що ним надаються в порядку, встановленому чинним законодавством України.

3.3.6 Плата за оренду майна Санаторію.

3.3.7 Надходження від реалізації, в установленому порядку, майна Санаторію.

3.3.8 Інвестиції, внесені ЗАТ «Запорізький цемент».

3.4 Кошти та майно Санаторію використовуються згідно з законодавством України та Статуту.

3.5 Передача майна Санаторієм в оренду, зокрема приміщення лікувальних та спальних корпусів Санаторію, укладання інвестиційних договорів або будь-яких інших угод, що тягнуть відмову від майна або земель-

ної ділянки (їх частини) здійснюється після прийняття рішення МОЗ України на засіданні відповідної комісії, згідно з законодавством України.

3.6 Перевірка наявності, порядку використання майна, фінансової діяльності Санаторію здійснюється відповідними державними органами та Міністерством охорони здоров'я України в установленому порядку.

3.7 Санаторій веде бухгалтерську, медичну та статистичну звітність згідно з законодавством України.

3.8 Відносини Санаторію з іншими підприємствами, організаціями та громадянами в усіх сферах виробничої діяльності здійснюються на основі договорів.

3.9 Земельна ділянка закріплена за Санаторієм у порядку визначеним законодавством України.

3.10 Санаторій забезпечує своєчасну сплату податків та інших відрахувань згідно з законодавством України.

3.11 Санаторій провадить зовнішньоекономічну діяльність відповідно до законодавства України.

## **4 Управління та структура**

4.1 Керівником Санаторію є головний лікар, який здійснює керівництво Санаторієм на засадах єдиноначальності.

4.2 У зв'язку з особливими умовами праці, завданнями, цілями та функціями Санаторію, призначення на посаду головного лікаря здійснюється на підставі наказу, який видається після укладання контракту між громадянином України та Міністерством охорони здоров'я України в особі Міністра. Звільнення з посади головного лікаря здійснюється Міністерством охорони здоров'я України на підставі наказу МОЗ України виданого відповідно до законодавства України.

4.3 Головний лікар вирішує самостійно всі питання, що пов'язані з діяльністю Санаторію, за винятком питань, які належать до компетенції Міністерства охорони здоров'я України та трудового колективу, а також звітує про це перед МОЗ України.

4.4 Головний лікар несе персональну відповідальність за фінансово-господарську та лікувальну діяльність Санаторію, порушення законодавства України, вчиненим особисто та/або працівниками Санаторію.

4.5 У межах своєї компетенції головний лікар видає накази, розпорядження, обов'язкові для виконання усіх працівників Санаторію та контролює їх виконання.

4.6 Головний лікар діє від імені Санаторію, без доручення представляє його інтереси в усіх органах державної влади, місцевого самоврядування, судах, підприємствах, установах та організаціях.

4.7 При здійсненні діяльності Санаторію головний лікар забезпечує:

4.7.1 Дотримання ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики (z0189-01).

4.7.2 Дотримання Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (2801-12).

4.7.3 Організацію навчально-виховного процесу дітям, які перебувають у Санаторії, згідно з Законом України «Про загальну середню освіту» (651-14).

4.7.4 Організацію бухгалтерського обліку та контроль за фінансовою звітністю Санаторію.

4.7.5 Розробку структури та штатного розпису Санаторію та подання їх на затвердження до МОЗ України.

4.7.6 Належний рівень побутових умов для перебування хворих, лікування дорослих та дітей, які лікуються в Санаторії.

4.7.7 Організацію культурно-масових заходів для дітей, які перебувають у Санаторії.

4.8 Головний лікар:

4.8.1 Укладає договори та угоди, які пов'язані з діяльністю Санаторію.

4.8.2 Видає довіреності на представництво та захист інтересів у суді та інші довіреності, які необхідні для забезпечення діяльності Санаторію.

4.8.3 Відкриває в органах державного казначейства та банках рахунки, які необхідні для забезпечення діяльності Санаторію.

4.8.4 Має право першого підпису на фінансових документах.

4.8.5 Розпоряджається коштами та майном Санаторію відповідно до чинного законодавства України.

4.8.6 Приймає на роботу та звільняє з роботи працівників Санаторію згідно з чинним законодавством України.

4.8.7 Призначає та звільняє заступників головного лікаря та керівників підрозділів, розподіляє функції та повноваження між ними; керівників підрозділів щодо управління роботою Санаторію.

4.8.8 Затверджує положення про структурні підрозділи Санаторію, посадові інструкції працівників та інші необхідні документи.

4.8.9 Веде переговори щодо укладення колективного договору, укладає колективний договір, звітує та несе відповідальність за його виконання.

4.8.10 Накладає дисциплінарні стягнення на працівників Санаторію.

4.8.11 Зобов'язаний організувати проведення попередніх та періодичних медичних оглядів працівників Санаторію згідно з вимогами Кодексу законів про працю України (322-08).

4.8.12 Створює належні умови працівникам для високопродуктивної праці, забезпечує додержання законодавства про працю, правил та норм охорони праці, техніки безпеки, соціального страхування.

4.8.13 Несе персональну відповідальність за збереження, відчуження, списання майна та втрати майна Санаторію.

4.8.14 Несе персональну відповідальність за будь-які порушення вчинені у разі зміни балансової вартості майна Санаторію.

4.8.15 Забезпечує виконання норм та вимог щодо охорони навколишнього природного середовища, раціонального використання і відтворення природних ресурсів, а також забезпечення екологічної безпеки.

4.8.16 Вчиняє інші дії в порядку та межах, встановлених законодавством України.

4.9 Санаторій здійснює організаційну та методичне керівництво дитячими санаторіями, підпорядкованими МОЗ України, розташованими у м. Одеса. Керівництво здійснюється головним лікарем Санаторію через апарат управління Санаторію.

4.10 Основним структурним підрозділом Санаторію є медичне відділення. У Санаторії створено та функціонує чотири медичних відділення та лікувально-діагностичне відділення. Медична спеціалізація першого, другого та третього медичних відділень – лікування кістково-суглобового туберкульозу та ортопедичної патології у дітей. Медична спеціалізація четвертого медичного відділення – захворювання опорно-рухового апарату, наслідки травм із пошкодженням периферійної нервової системи, захворювання верхніх дихальних шляхів, хронічні тонзиліти та інші захворювання, відповідно до медичної ліцензії Санаторію. Лікувально-діагностичне відділення провадить діагностичні дослідження, та надає кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу.

4.11 На базі Санаторію, згідно з наказом МОЗ України № 447 (v0447282-04) 03.09.2004 «Про внесення змін до наказу МОЗ України № 284 від 12.07.01», створений та функціонує центр медико-психологічної реабілітації для рятувальників аварійно-рятувальних служб та населення, постраждалого внаслідок надзвичайних ситуацій техногенного та природного характеру, з покладенням на Санаторій функцій щодо методичного забезпечення діяльності аналогічних центрів. Керівництво Центром покладено на головного лікаря Санаторію.

4.12 Профіль діяльності відділень Санаторію визначається та змінюється головним лікарем за погодженням з МОЗ України.

## **5 Трудовий колектив. Колективний договір**

5.1 Трудовий колектив Санаторію становлять фізичні особи, які своєю працею приймають участь у його діяльності на підставі трудових договорів.

5.2 Основною формою здійснення повноважень трудового колективу є загальні збори, які відбуваються за необхідності, але не рідше ніж два рази на рік.

5.3 Загальні збори трудового колективу розглядають проект колективного договору та приймають рішення щодо схвалення або відхилення цього проекту.

5.4 Трудовий колектив за поданням власника або уповноваженого ним органу та профспілкового комітету на основі типових правил затверджує правила внутрішнього трудового розпорядку.

5.5 Сторони Колективного договору звітують на загальних зборах колективу, один перед одним, не менше ніж один раз на рік.

5.6 Посадові особи Санаторію провадять свою діяльність відповідно до Статуту, Колективного договору та посадових інструкцій згідно з чинним законодавством України.

## **6 Реорганізація та ліквідація**

6.1 Реорганізація (злиття, приєднання, поділ, виділення, перетворення) і ліквідація Санаторію здійснюється за рішенням Міністерства охорони здоров'я України або за рішенням суду в установленому законодавством порядку.

6.2 У разі ліквідації Санаторію його активи повинні бути передані іншій неприбутковій організації відповідного виду або зараховані до доходу бюджету.

6.3 У період реорганізації та ліквідації закладу працівники Санаторію забезпечуються соціально-правовим захистом, передбаченим чинним законодавством України.

6.4 Витрати, пов'язані з припиненням діяльності Санаторію, покриваються за рахунок бюджетних асигнувань.

6.5 Припинення діяльності Санаторію здійснюється з моменту внесення запису до Єдиного державного реєстру щодо припинення діяльності юридичної особи.

## **7 Чинність Статуту та внесення змін до Статуту**

7.1 Цей Статут набуває чинності після його реєстрації в порядку установленому законодавством України.

7.2 У випадках зміни чинного законодавства України відповідні статті Статуту Санаторію підлягають змінам.

7.3 Зміни та доповнення до Статуту вносяться наказом МОЗ України.

7.4 Зміни та доповнення до Статуту вносяться в тому порядку, у якому приймався та затверджувався цей Статут.

## ДОДАТОК В

### Приклад Положення «Про санаторно-курортний заклад»

## ПОЛОЖЕННЯ

### про санаторій-профілакторій Сумського державного університету

#### 1 Загальні положення

1.1 Санаторій-профілакторій Сумського державного університету (далі – СП СумДУ) є його відокремленим структурним підрозділом.

1.2 Повна назва санаторію-профілакторію українською мовою – «Санаторій-профілакторій Сумського державного університету».

Адреса Сумського державного університету як юридичної особи: 40007, м. Суми, вул. Римського-Корсакова, 2.

Місце розташування санаторію-профілакторію: м. Суми, вул. Санаторна, 1.

1.3 СП СумДУ може мати логотип, круглу печатку зі своєю назвою, штамп та бланк з його найменуванням.

1.4 Головна мета санаторію-профілакторію – діяльність у якості сучасного клінічного лікувально-профілактичного закладу санаторно-курортного типу із метою зміцнення здоров'я осіб, що навчаються, співробітників університету, членів їхніх сімей, непрацюючих пенсіонерів колишніх працівників СумДУ та інших громадян, профілактика захворювань та формування навичок здорового способу життя.

#### 2 Нормативні посилання

У своїй діяльності СП СумДУ керується чинним законодавством України, загальнодержавною та внутрішньоуніверситетською нормативною базою, даним Положенням, наказами та розпорядженнями відповідних посадових осіб. Зокрема як у Положенні, так і безпосередній діяльності санаторію-профілакторію, враховуються вимоги таких нормативних документів (зі змінами та доповненнями):

- Закону України «Про загальнообов'язкове державне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами зумовленими народженням та похованням» № 2240-111 від 18.01.2001;

- наказів МОЗ України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» № 385 від 28.10.2002, «Про затвердження державних санітарних правил розміщення, улаштування та експлуатації оздоровчих закладів» № 172 від 19.06.1996;

- Постанов правління Фонду соціального страхування з тимчасової

втрати працездатності «Порядок отримання застрахованими особами та членами їх сімей санаторно-курортного лікування, що сплачується за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності» № 12 від 25.09.2009, «Про затвердження Порядку часткового фінансування санаторіїв-профілакторіїв за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності» № 16 від 25.02.2009, «Про внесення змін до порядку часткового фінансування санаторіїв-профілакторіїв за рахунок коштів Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності» №31 від 16.06.2011;

- Постанов КМУ «Перелік платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах» № 1138 від 17.09.1996, «Перелік платних послуг, які можуть надаватися навчальними закладами іншими установами та закладами системи освіти що належать до державної та комунальної форми власності» № 796 від 27 серпня 2010 р.;

- правилами, нормами, положеннями та інструкціями з охорони праці, пожежної безпеки, охорони навколишнього середовища, виробничої санітарії, техногенної безпеки, зокрема галузевого стандарту 42-21-16-86 (ДНАОП 9.1.50-2.08-86) «Відділення, кабінети фізіотерапії. Загальні вимоги безпеки».

- відомчої інструкції МОЗ України «Організація оздоровлення і лікувальної роботи в санаторіях-профілакторіях України» та інших нормативних документів Міністерства охорони здоров'я;

- документацією системи менеджменту якості відповідно до вимог ISO 9001 та документацією системи екологічного управління відповідного до вимог ISO 14001.

### **3 Основні завдання та напрями діяльності**

3.1 Основними завданнями санаторію-профілакторію СумДУ є:

3.1.1 Визначення за участю медичного пункту СумДУ та закладів охорони здоров'я стану здоров'я, рівня захворюваності, причин витрати робочого часу в зв'язку із хворобами осіб, що навчаються, та співробітників СумДУ, розробка та реалізація заходів щодо поліпшення здоров'я та зниження рівня тимчасової непрацездатності.

3.1.2 Забезпечення оздоровлення та лікування пацієнтів як із відривом, так і без відриву їх від навчання та праці, а також у період канікул та відпусток.

3.1.3 Забезпечення безперервності та повноти лікувально-оздоровчого процесу, його належної ефективності.

3.1.4 Проведення різноманітних оздоровчих і лікувальних заходів за допомогою традиційних і нетрадиційних методів лікування з ефективним використанням відповідної матеріально-технічної бази.

3.1.5 Формування навичок здорового способу життя у осіб, що на-



вчаються, та співробітників СумДУ.

### 3.2 Напрями діяльності санаторію-профілакторію:

3.2.1 Лікування та профілактика хворих загальнотерапевтичного профілю із захворюваннями серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, захворюваннями ЛОР-органів, дихальної та нервової систем, опорно- рухового апарату та забезпечення стоматологічної допомоги;

3.2.2 Фізична реабілітація осіб, що займаються спортом;

3.2.3 Виконання функцій клінічної бази Медичного інституту СумДУ;

3.2.4 Проведення науково-дослідної роботи відповідного спрямування.

## 4 Структура та кадрове забезпечення

4.1 Організаційна структура санаторію-профілакторію затверджується ректором згідно з потребами, змінами обсягів та напрямів діяльності.

4.2 До складу санаторію-профілакторію можуть входити: відділення електросвітлолікування, бальнеологічне, діагностичне та ЛФК; кабінети теплолікування, аеротерапії, кисневої терапії, масажу, стоматологічний, косметологічний; інгаляторій, фітобар, тощо.

4.3 Виконання завдань санаторію-профілакторію може забезпечуватись сумісною діяльністю з іншими структурними підрозділами університету.

4.4 Функціонування санаторію-профілакторію забезпечується його штатними співробітниками, а у разі потреби – іншими особами на умовах сумісництва або шляхом укладання цивільно-правових договорів та угод.

4.5 За потреби проведення діагностики стану здоров'я пацієнтів чи іншої консультативної допомоги залучаються висококваліфіковані спеціалісти Медичного інституту, використовується обладнання клінічних кафедр та інших структурних підрозділів університету.

4.6 Штатний розклад санаторію-профілакторію затверджується у двох складових. Складова штатного розкладу, фінансування якого проводиться коштом Фонду, встановлюється відповідно до штатних нормативів санаторіїв-профілакторіїв, затверджується ректором у встановленому порядку при складанні кошторису на утримання санаторію в межах асигнувань, що визначається щорічно при затвердженні бюджету Фонду на наступний фінансовий рік у розрізі Програми відновлення здоров'я застрахованих осіб і членів їхніх сімей та погоджується виконавчою дирекцією відділення Фонду. Інші складові штатного розкладу затверджуються ректором без узгодження Фонду.

4.7 Керівництво санаторію-профілакторію здійснюється головним лікарем, який призначається та звільняється ректором університету. На посаду головного лікаря призначається особа, яка має вищу медичну освіту та практичний досвід роботи з організації управління охороною здоров'я,

відповідну підготовку з фізіотерапії.

4.8 Повноваження, обов'язки, права та відповідальність головного лікаря та заступника головного лікаря з адміністративно-господарських питань визначаються функціональними обов'язками, які затверджуються ректором. Головний лікар здійснює організаційно-розпорядче управління, організовує та контролює лікувально-профілактичну роботу санаторію-профілакторію, забезпечує координацію його діяльності з відповідними кафедрами Медичного інституту, його клінічними базами, іншими структурними підрозділами СумДУ, безпосередньо підпорядковуються проректору за розподілом повноважень, а за функціонуванням санаторію-профілакторію як клінічної бази – директору Медичного інституту.

Функціональні обов'язки головного лікаря та заступника головного лікаря з адміністративно-господарських питань можуть бути суміщені в одній посаді.

4.9 Посадові інструкції штатних співробітників санаторію-профілакторію укладаються головним лікарем та затверджуються проректором за розподілом повноважень.

## **5 Засади функціонування та організація діяльності**

5.1 Для здійснення діяльності санаторію-профілакторію університет повинен мати ліцензію Міністерства охорони здоров'я на право здійснення медичної практики, акредитаційний сертифікат санаторію-профілакторію.

5.2 СП СумДУ на базі його поліклінічного корпусу працює як цілорічний заклад на 50 місць амбулаторного типу (із харчуванням та можливим проживанням пацієнтів у гуртожитках університету) без відриву від навчання та роботи, а після введення в експлуатацію інших споруд санаторію-профілакторію – як заклад змішаного типу зі стаціонарною та амбулаторною формами обслуговування.

5.3 Термін лікування у санаторію-профілакторію – 21 день.

Для проведення прибирання та кварцової обробки приміщень між заїздами встановлюється перерва у два дні. Кількість заїздів може бути до 15 на один календарний рік.

5.4 Головний лікар санаторію-профілакторію складає план оздоровлення осіб, що навчаються в СумДУ та за станом здоров'я потребують санаторного й фізіотерапевтичного лікування. Сумісно з медичним персоналом медичного пункту університету він проводить моніторинг стану здоров'я осіб, що навчаються, та надає пропозиції щодо їх санаторно-курортного лікування. Рекомендований список майбутніх пацієнтів передається до студентського профспілкового комітету для прийняття рішення щодо їх оздоровлення, лікування та видачі путівок. Відібрані пацієнти направляються до міських лікувально-профілактичних закладів для отримання форм 070 та 072. За наявності останніх видається путівка до санаторію-профілакторію.

5.5 Співробітники СумДУ можуть отримати путівки у СП СумДУ за

рішенням комісії соціального страхування університету при наявності форм 070 та 072 та узгодження з головним лікарем санаторію-профілакторію наявності вільних місць.

5.6 Особи, що навчаються в інших навчальних закладах або працюють у них, мають можливість отримувати путівки до санаторію-профілакторію СумДУ за наявності форм 070 та 072 та укладених з університетом відповідних договорів.

5.7 Інші фізичні та юридичні особи можуть отримувати путівки при наявності вільних місць та форм 070 та 072 на умовах повної оплати.

5.8 До санаторію-профілакторію не направляються та не приймаються особи, які потребують стаціонарного лікування, спеціального догляду, а також такі, що хворіють на інфекційні, психічні, венеричні захворювання, алкоголізм, мають злякисні новоутворення, хворі в період тимчасової непрацездатності або ті, що потребують спеціальної медичної реабілітації.

5.9 Як виняток, за рішенням головного лікаря у разі направлення лікарем медичного пункту до санаторію-профілакторію можуть прийматися особи, які потребують реабілітаційного лікування після перенесеної травми опорно-рухового апарату в стадії ремісії, а також особи, які за станом здоров'я переведені тимчасово на легшу роботу.

## **6 Матеріально-технічне забезпечення та фінансово-господарська діяльність**

6.1 Для здійснення діяльності санаторію-профілакторію університет виділяє спеціальні приміщення, у яких створено необхідну лікувально-оздоровчу базу та які відповідають вимогам санітарних норм і правил, галузевому стандарту безпеки праці.

6.2 Керівництво СумДУ наділяє санаторій-профілакторій основними засобами, іншим майном та майновими правами, що не суперечать чинному законодавству.

6.3 Обладнання санаторію-профілакторію проводиться відповідно до типового Табелю оснащення санаторіїв-профілакторіїв з урахуванням специфіки його діяльності.

6.4 СП СумДУ може використовувати майно інших структурних підрозділів СумДУ відповідно до мети та видів своєї діяльності в межах повноважень, наданих ректором.

6.5 Фінансування діяльності санаторію-профілакторію здійснюється відповідно до кошторису витрат на його утримання, який затверджується ректором, коштом загального та спеціального фонду, зокрема отриманих від юридичних і фізичних осіб за реалізацію путівок та за надання інших платних послуг, а також коштів, які обліковуються на субрахунках інших підрозділів СумДУ (у разі виконання відповідних замовлень), благодійної допомоги від підприємств, організацій, громадян, інших джерел, не заборонених чинним законодавством та цільових надходжень з Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (далі – Фонд).

6.6 Будівництво, ремонт, благоустрій території та господарське утримання санаторію-профілакторію (опалення, освітлення, прибирання території та приміщень, охорона, водопостачання, плата за телекомунікаційні послуги, транспортні витрати, постачання продуктів харчування, медикаментів, придбання кухонного обладнання, м'якого інвентарю, медичного устаткування, медичної апаратури, а також інші господарські витрати) здійснюються коштом спеціального фонду СумДУ.

6.7 Діяльність санаторію-профілакторію, що частково фінансується за рахунок коштів Фонду здійснюється в межах нормативів, кошторису та штатного розкладу санаторію-профілакторію, які затверджуються власником за погодженням із виконавчою дирекцією відділення Фонду.

За рахунок Фонду передбачаються такі витрати: лікування осіб, які навчаються у вищому навчальному закладі за денною формою навчання, застрахованих співробітників; оплата праці медичних працівників, адміністративно-обслуговуючого персоналу та працівників блоку харчування; проходження передатестаційних циклів лікарів та атестація кваліфікаційних категорій; проведення медичних консультацій спеціалістами; культурне обслуговування осіб, що навчаються в університеті за денною формою навчання; харчування; придбання продуктів харчування, медикаментів та медичних матеріалів тощо.

6.8 Кошти Фонду надходять на спеціальний реєстраційний рахунок відкритий в органі Державної казначейської служби України. Облік коштів витрачених за цим джерелом надходжень ведеться окремо від коштів, одержаних санаторієм-профілакторієм з інших джерел.

6.9 Контроль за використанням коштів Фонду в санаторії-профілакторії здійснюється органами Фонду, комісією з соціального страхування СумДУ та профспілковими комітетами.

6.10 Адміністрація СумДУ з метою, поліпшення харчування та лікування осіб, які перебувають у санаторії-профілакторії може здійснювати додаткове фінансування, виділяти додаткові штатні одиниці коштом спеціального фонду університету, стимулювати працю персоналу санаторію-профілакторію, встановлювати доплати, надавати матеріальну допомогу, преміювати тощо.

6.11 Керівництву санаторію-профілакторію можуть бути передані ректором повноваження на укладання договорів, здійснення продажу путівок та надання платних послуг.

6.12 СП СумДУ надає платні послуги у встановленому в університеті порядку.

6.13 Вартість путівок до санаторію-профілакторію та інших платних послуг затверджується наказом ректора відповідно до кошторису, який за пропозиціями керівництва санаторію-профілакторію розраховується щорічно планово-фінансовим відділом та узгоджується з відповідними посадовими особами університету. Вартість путівок узгоджується з керівництвом Фонду.

6.14 Оплата послуг санаторію-профілакторію може здійснюватись у

безготівкової формі на рахунок СумДУ або готівкою в установленому порядку.

Облік коштів від наданих санаторієм-профілакторієм платних послуг здійснюється в установленому порядку на відповідних рахунках спеціального фонду університету. При цьому, після сплати податків, обсяги яких розраховуються від загальної суми надходжень, 10 % коштів спрямовується на відшкодування загальноуніверситетських витрат щодо забезпечення діяльності санаторію-профілакторію, відповідна частина коштів спрямовується на оплату праці безпосередніх виконавців робіт, на оплату комунальних послуг та інших витрат за кошторисом. Частка коштів, що залишається, спрямовується на субрахунок санаторію-профілакторію та розподіляється таким чином: 30 % – на матеріальне стимулювання безпосередніх виконавців робіт, співробітників, зокрема й інших структурних підрозділів університету, які сприяють виконанню робіт; 70 % – на інші витрати для забезпечення відповідної діяльності санаторію-профілакторію.

6.15 За обґрунтованим поданням керівництва санаторію-профілакторію, узгодженим із проректором за підпорядкованістю та проректором із фінансово-економічної діяльності, розподіл коштів, наведений у пункті 6.15, у вмотивованих випадках може змінюватися наказом ректора.

6.16 Бухгалтерський облік та фінансові операції забезпечуються головним бухгалтером санаторію-профілакторію, який є одночасно заступником головного бухгалтера університету, та відповідними підрозділами СумДУ. Керівництво санаторію-профілакторію відповідає за виконання договірних зобов'язань, контролює рух надходження коштів та їх розподіл, забезпечує складання встановленої звітності.

## **7 Прикінцеві положення**

7.1 Положення вводиться в дію з дня його затвердження наказом ректора за рішенням Вченої ради.

7.2 СП СумДУ створюється, реорганізується, ліквідується за наказом ректора або наказом ректора за рішенням Вченої Ради. У разі ліквідації санаторію-профілакторію це рішення своєчасно доводиться до виконавчої дирекції відділення Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності.

7.3 Дія Положення скасовується наказом ректора або наказом ректора за рішенням Вченої Ради.

## **ДОДАТОК Г**

### **Приклад правил Внутрішнього трудового розпорядку санаторно-курортного закладу**

#### **ПРАВИЛА**

##### **внутрішнього трудового розпорядку Гадяцького обласного туберкульозного санаторію**

#### **1 Загальні положення**

1 Відповідно до Кодексу Законів праці України громадяни України мають право на працю, тобто на одержання гарантованої роботи з оплатою праці відповідно до її кількості та якості, зокрема право на фах, рід занять і роботи відповідно до покликання, здібностей, професійної підготовки, освіти.

2 Трудова дисципліна забезпечується створенням організаційних і економічних умов для нормальної високопродуктивної праці, свідомим відношенням до праці, методами переконання, виховання, а також винагородою за добросовісну працю.

До порушників трудової дисципліни застосовуються міри дисциплінарного та громадського впливу.

3 Правила внутрішнього трудового розпорядку мають на меті сприяти вихованню працівників санаторію в дусі добросовісного ставлення до праці, зміцненню трудової дисципліни, організації праці на науковій основі, раціональному використанню робочого часу, високій якості роботи, забезпеченню охорони здоров'я відпочиваючих.

#### **2 Порядок прийому та звільнення робітників і службовців**

1 Робітники та службовці реалізують своє право на працю шляхом заключення трудового договору з адміністрацією.

2 При прийнятті на роботу адміністрація санаторію зобов'язана вимагати з поступаючого:

- заяву;
- трудову книжку;
- паспорт;
- ідентифікаційний код;
- диплом (якщо професія потребує спеціальних знань або інший документ про освіту чи професійну підготовку);
- військовий квиток (для звільнених із лав Збройних Сил України й інших військових формувань, сформованих відповідно до чинного законодавства);
- санітарну книжку;

- направлення з центру зайнятості;
- свідоцтво про загальнообов'язкове державне соціальне страхування(при наявності);
- фотографії (2 шт.);
- графік з основного місця роботи (при оформленні за сумісництвом).

Зарахування на роботу без вказаних документів не допускається.

У разі зарахування на роботу, яка вимагає спеціальних знань, адміністрація санаторію має право вимагати в поступаючого документ про освіту.

Адміністрація санаторію не має права на зарахування на роботу, пов'язану з лікуванням хворих осіб, які не отримали відповідної підготовки у вищих та середніх навчальних медичних закладах.

Забороняється вимагати від осіб, що зараховуються на роботу, документів, пред'явлення яких не передбачено законодавством України.

Зарахування на роботу оформляється наказом головного лікаря санаторію, який повідомляється працівникові під розпис. У наказі повинна бути вказана назва роботи, посада й умови праці.

Фактичним допуском до роботи відповідною посадовою особою вважається заключення трудового договору незалежно від того, чи був договір оформлений у належний спосіб.

3 При зарахуванні на роботу або при переводі на іншу роботу, адміністрація санаторію зобов'язана:

- ознайомити працівника з дорученою роботою, умовами й оплатою праці, роз'яснити його права й обов'язки, з правилами внутрішнього трудового розпорядку, колективним договором;
- проінструктувати з охорони праці, виробничої санітарії, санітарної гігієни праці, протипожежної безпеки;
- на всіх працівників, що відпрацювали понад 5 днів, ведуться трудові книжки в порядку, передбаченому законодавством;
- розірвання трудового договору може статися тільки на підставах, передбачених законодавством;

Лікарі, середній, молодший медичний персонал, робітники та службовці мають право розірвати трудовий договір, заключений на невизначений термін, письмово попередивши про це адміністрацію за два тижні.

За домовленістю між працівником і адміністрацією трудовий договір може бути розірваний і до закінчення терміну попередження про звільнення.

Строковий трудовий договір підлягає розірванню достроково за вимогою працівника у разі його хвороби та каліцтва, заважаючого виконанню роботи по договору, порушенню адміністрацією законодавства про працю, інших поважних причинах.

Розірвання трудового договору з ініціативи адміністрації не допускається без попереднього узгодження з профспілковим комітетом.

Припинення трудового договору оформляється наказом головного лікаря санаторію;

– в день звільнення адміністрація зобов’язана видати робітнику чи службовцю трудову книжку з внесеним у неї записом про звільнення, а при звільненні з ініціативи адміністрації та копію наказу про звільнення, провести з ним повний розрахунок. Днем звільнення вважається останній день роботи.

### **3 Основні обов’язки робітників і службовців**

#### **1 Робітники та службовці зобов’язані:**

1.1 Працювати сумлінно, додержуватись дисципліни праці – основи порядку в закладах охорони здоров’я, своєчасно приходити на роботу, своєчасно виконувати розпорядження адміністрації, використовувати весь робочий час для плідної та продуктивної праці, утримуватись від дій, які заважають іншим працівникам виконувати свої трудові обов’язки.

1.2 Підвищувати культуру та якість надання медичної допомоги відпочиваючим, втілювати в практику сучасні досягнення медичної науки та наукової організації праці медичних та інших працівників.

1.3 Дотримуватись професійних обов’язків медичних працівників.

1.4 Додержуватись вимог по охороні праці, техніці безпеки, виробничої санітарії, протипожежної безпеки, гігієни праці, передбачених відповідними правилами й інструкціями. Працювати в спецодязі та взутті, користуватись необхідними засобами індивідуального захисту.

1.5 Приймати міри до своєчасного усунення причин і умов, що затримують нормальний хід роботи й терміново повідомляти про те, що сталося адміністрацію.

1.6 Утримувати в порядку та чистоті своє робоче місце та підтримувати порядок у відділенні, кабінеті, інших структурних підрозділах, а також на території санаторію, передавати робоче місце, обладнання та пристосування в належному стані.

1.7 Берегти власність закладу, ефективно використовувати засоби лікування та профілактики хвороб, прилади, обладнання.

1.8 Постійно підвищувати фахову кваліфікацію, коло обов’язків, робіт, які виконує кожен працівник по своїй спеціальності, кваліфікації чи посаді, обумовлюється професійними обов’язками медичних та інших працівників, передбачених Положеннями, посадовими Інструкціями, технічними правилами та іншими документами, затвердженими у відповідному порядку тарифно-кваліфікаційними довідниками робіт і фаху робітників і службовців.



## **4 Основні обов'язки адміністрації**

Адміністрація санаторію **зобов'язана:**

1 Правильно організувати працю робітників, щоб кожен працював за своїм фахом та кваліфікацією, мав закріплене за ним робоче місце, своєчасно до початку дорученої роботи був ознайомлений із поставленим завданням і забезпечений роботою протягом всього робочого часу, забезпечити здорові й безпечні умови праці справним інструментом і обладнанням.

2 Створити умови для забезпечення охорони здоров'я відпочиваючих і високого рівня надання їм медичної допомоги, зростання фахової майстерності шляхом втілення новітніх досягнень науки, техніки й наукової організації праці, організувати вивчення та застосування передових прийомів і методів лікування хворих.

3 Забезпечити неухильне додержання трудової та виробничої дисципліни, постійно здійснювати організаторську, економічну та виховну роботу, направлену на її зміцнення. Застосовувати дії впливу на порушників дисципліни.

4 Неухильно дотримуватись законодавства про працю та правил охорони праці, покращувати умови праці. За відсутності в правилах вимог, додержання яких під час виконання робіт необхідне для забезпечення безпечних умов праці, адміністрація санаторію за згодою профспілкового комітету проводить заходи, що забезпечують безпечні умови праці.

5 Ужити необхідних заходів із профілактики виробничого травматизму, професійних й інших захворювань працівників, передбачених законодавством, своєчасно надавати пільги та компенсації в зв'язку із шкідливими умовами праці, забезпечувати згідно норм і положень спецодягом, спецвзуттям, іншими засобами індивідуального захисту.

6 Постійно контролювати знання та дотримання працівниками всіх вимог, інструкцій з охорони праці, виробничої санітарії, гігієни праці, протипожежної охорони.

7 Створити умови праці для покращення якості роботи, раціонального використання часу, матеріалів, енергії, своєчасного підведення підсумків, підвищення ролі морального й матеріального стимулювання.

8 Своєчасно розглядати та вводити в дію винаходи та раціоналізаторські пропозиції, підтримувати новаторів виробництва, сприяти підтримці творчості працівників.

9 Забезпечити систематичне підвищення ділового й фахового рівня підготовки, спеціалізації працівників, економічних і правових знань.

10 Сприяти створенню в колективі трудової ділової обстановки, підтримувати і розвивати ініціативу та активність працівників.

11 Уважно ставитися до потреб та запитів працівників, покращувати їхні житлові та побутові умови.

Адміністрація здійснює свої зобов'язання у відповідних умовах разом або за згодою профспілкового комітету санаторію.

## 5 Робочий час і його використання

Час початку і закінчення роботи перерви для відпочинку і харчування встановлює:

- початок роботи;
- перерва;
- кінець роботи.

Робочий час для працівників санаторію:

- початок робочого дня 8 год. 30 хв.
- закінчення робочого дня 17 год.
- обідня перерва з 12 год. до 12 год. 30 хв.;

Адміністрування працює з 8 год. 30 хв. до 17, з урахуванням роботи деяких посад за внутрішнім сумісництвом – згідно графіку роботи з 17 год. до 21 год.

Лікарський склад, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, евакуатор, дезінфектор працюють щоденно з 8 год. 30 хв. до 16 год.; медичні сестри палатні та молодші медичні сестри палатні працюють позмінно протягом 24 годин згідно з графіком. Працівники, які працюють на 0,5 ставки виходять на роботу згідно з графіком робочого часу.

Медичні працівники рентген-кабінету працюють з 8 год. 30 хв. до 14 год. 30 хв. без обідньої перерви.

Організатор культурно-дозвілєвої діяльності:

- понеділок з 8 год. 30 хв. до 16- год. 12 хв.;
- середа, субота, неділя з 14-48 до 22-00 год.;
- п'ятниця з 11-00 до 18-12 год.;
- вівторок, четвер – вихідні.

Акомпаніатор працює на 0,5 ставки згідно з графіком робочого часу через день з 8 год. 30 хв. до 16 год.

Бібліотекар – кожен день з 13 до 16 год. 30 хв.

Робочий день працівників харчоблоку:

- завідувачі складом, шеф-кухар, сестра господарка – щоденно з 8 год. 30 хв. до 17 год.;
- кухарі – 14 годин з 6 год. до 20 год. згідно затвердженого графіку роботи;

– кухонні працівники працюють позмінно з тривалістю 14 годин, з 6 год. до 20 год. згідно з затвердженим графіком роботи;

– офіціанти працюють позмінно з тривалістю робочого дня 13,5 годин з 7 год. до 20 год. 30 хв. згідно з затвердженим графіком роботи.

Інші працівники санаторію працюють з 8 год. 30 хв. до 17 год., крім:

- слюсар-сантехнік водонапірної башти працює через день із тривалістю робочого часу 10,5 год. , з 7 год. до 17 год. 30 хв.
- водій асепізаційного автомобіля працює щодня з 8 год. 30 хв. до 17 год., вихідні дні – середа, неділя.

Охоронники працюють позмінно згідно з затвердженим графіком роботи.

Кочегари працюють позмінно протягом доби (24-х годин) дві зміни підряд (1 зміна – 15,5 год., 2 зміна – 8,5 год.) згідно встановленого графіка, в літній період – через день, з 7 год. до 17 год. 30 хв.

Прибиральники службових приміщень, працюючи на 0,75 % – працюють щоденно з 8 год. 30 хв. до 14 год. 30 хв.

У закладах охорони здоров'я зазвичай застосовується помісячний облік робочого часу. Тривалість щоденної роботи при цьому режимі встановлюється графіком. У закладах охорони здоров'я тривалість нічної роботи урівнюється з денною. У медичних закладах дозволяється робота до 12 годин на зміну. Праця в дві зміни підряд **забороняється**. Графік змінності доводиться до відома працівника, як правило не пізніше ніж за місяць до введення його в дію.

За рішенням трудового колективу дозволяється встановлювати тривалість робочої зміни до 24 годин (крім водіїв санітарного автотранспорту).

У кожному конкретному випадку питання про встановлення тому чи іншому працівнику робочої зміни до 24 годин повинно вирішуватися за згодою працівника та профспілкового комітету.

1 До початку роботи працівник зобов'язаний зробити відмітку про прихід на роботу й після закінчення робочого дня в порядку встановленому в закладі. Переодягання до початку й після закінчення роботи в робочий час не входить.

2 Адміністрація зобов'язана організувати облік початку роботи та її закінчення. Порядок обліку часу роботи за межами санаторію встановлюється адміністрацією. Працівника, що з'явився на роботу в нетверезому стані, адміністрація до роботи не допускає.

3 На роботах з безперервним циклом залишати роботу забороняється до приходу змінного працівника.

У разі неявки змінного працівника, працюючий повідомляє про це керівника структурного підрозділу, який зобов'язаний терміново прийняти заходи до заміни того, хто відпрацював зміну.

4 На роботах, де перерву на відпочинок і харчування зробити неможливо, працівнику надається можливість прийняти їжу під час робочої зміни. Перелік таких робіт і місце вживання їжі встановлюється адміністрацією за згодою профкому. Для медпрацівників, що мають 6,5-годинний робочий день, обідня перерва – не обов'язкова.

5 Надурочні роботи, зазвичай, не допускаються. Застосування їх проводиться в окремих випадках у межах, дозволених законодавством і згодою профкому.

6 Забороняється в робочий час:

- відволікати працівників від їхньої безпосередньої роботи, викликати чи знімати їх із роботи для виконання громадських обов'язків і проведення різних заходів, не пов'язаних із виробничою діяльністю;
- скликати збори, засідання та різні наради з приводу громадських справ;

7 Черговість надання щорічних відпусток встановлюється адміністрацією за згодою профспілкового комітету санаторію з урахування необхідності забезпечення нормального плану робіт закладу та нормальних умов для відпочинку працівників. Графік відпусток складається на кожен календарний рік, не пізніше 5-го січня поточного року й доводиться до відома всіх працівників під підпис. Графіки відпусток вивішуються в кожному структурному підрозділі, у зв'язку з цим письмового попередження про надання відпусток працівникам від відділу кадрів не вимагається.

## **6 Заохочення за успіхи в роботі**

1 За сумлінне виконання обов'язків, успіхи в наданні медичної допомоги, за довголітню та якісну працю, новаторство та досягнення в роботі, застосовуються заохочення:

- винесення подяки;
- нагородження Почесною грамотою.

Заохочення відмічаються в наказі й доводяться до відома всього колективу, заносяться в трудову книжку працівника. За умови застосування заходів заохочення забезпечується моральне стимулювання праці.

2 Робітникам і службовцям, що успішно й добросовісно виконують свої трудові обов'язки, надаються насамперед пільги: за особливі заслуги прізвища працівників подаються до вищих органів для заохочення (нагородження орденами, медалями, почесними грамотами, значками; присвоєння почесних звань і звання кращого працівника відповідного профілю).

## **7 Відповідальність за порушення Трудової дисципліни**

1 Порушення трудової дисципліни, тобто невиконання чи неналежне виконання з вини працівника покладених на нього трудових обов'язків, тягне за собою застосування мір дисциплінарного або громадського впливу, а також застосування інших мір, передбачених діючим законодавством.

2 За порушення трудової дисципліни адміністрація санаторію застосовує такі міри впливу:

- догана;
- звільнення.

Звільнення в якості дисциплінарного стягнення може бути застосоване за систематичне невиконання працівником без поважних причин обов'язків, покладених на нього трудовим договором або правилами внутрішнього трудового розпорядку, за прогул, тобто за відсутність на робочому місці більше трьох годин сумарно на протязі дня, без поважних причин.

3 Факт появи в нетверезому стані може встановлюватися не лише спеціальним обстеженням (Інструкція № 67 «По відстороненню від роботи працівників, які перебувають у стані сп'яніння»), а й складанням акта в до-

вільній формі, у якому зазначаються всі зовнішні ознаки нетверезого стану. Цей акт підписує кілька свідків.

Обов'язок доведення факту появи на роботі працівника в нетверезому стані покладено на адміністрацію санаторію.

4 Дисциплінарні стягнення застосовуються керівником санаторію. Адміністрація має право замість застосування дисциплінарного стягнення передати питання про порушення трудової дисципліни на розгляд профспілкового комітету.

5 Для застосування стягнення від порушників трудової дисципліни повинні бути запрошені пояснення в письмовій формі. Відмова працівника надати пояснення не може бути перешкодою для застосування стягнення. Дисциплінарні стягнення застосовуються адміністрацією безпосередньо за виявлення порушень, але не пізніше з дня його виявлення, не враховуючи часу хвороби або перебування працівника у відпустці. Дисциплінарне стягнення не може бути накладеним пізніше 6-ти місяців з дня здійснення порушення.

6 За кожне порушення трудової дисципліни може бути накладено одне дисциплінарне стягнення. У разі застосування стягнень повинні враховуватися тяжкість вчиненого порушення, обставини, при яких воно виникло, поведінка самого працівника.

7 Наказ про застосування попереднього стягнення із зазначенням мотивів повідомляється працівнику, на якого накладено стягнення, під розписку в триденний термін. У деяких випадках наказ доводиться до відома всіх працівників закладу.

8 Якщо протягом року з дня застосування стягнення працівник не підпадає під нове дисциплінарне стягнення, він вважається таким, що не має дисциплінарного стягнення. Адміністрація зі своєї ініціативи або на прохання колективу може видати наказ про дострокове зняття стягнення, якщо працівник не допускав нового порушення трудової дисципліни та проявив себе хорошим, дисциплінованим працівником. Протягом терміну дії дисциплінарного стягнення міри заохочення до цього працівника не застосовуються.

Інспектор з кадрів

\_\_\_\_\_ (Підпис) ( \_\_\_\_\_ )  
ПІБ

## ДОДАТОК Д

### Класифікація суспільних функцій рекреації

Група функції	Роль	Реалізація	Значення
<i>Соціальна:</i> відтворювальна; раціонального використання вільного часу; забезпечення зайнятості населення	Відновлення сил людини; залучення людини до оздоровлення у вільний час; підвищення якісного рівня життя	Звільнення людини від почуття втоми шляхом зміни місцезнаходження та виду діяльності; формування здорового способу життя; забезпечення культурного та активного відпочинку; соціальний добробут суспільства.	Відновлення трудових ресурсів; працевлаштованість місцевого населення; збільшення доходів підприємців та робітників
<i>Медична:</i> медико-біологічна; оздоровчо- профілактична; реабілітаційна	Охорона здоров'я населення; профілактика загальних і професійних захворювань; реабілітація людини	Використання курортних факторів й особливостей рекреаційних територій при відпочинку; організація санаторно-курортного лікування та реабілітації	Формування індустрії здоров'я; зміцнення здоров'я; підвищення працездатності
<i>Економічна:</i> виробнича та невиробнича; споживча; грошово-валютна	Створення матеріальної та нематеріальної вартісної цінності; обмін, розподіл та перерозподіл; надання споживчих послуг; розвиток споживчого ринку	Збільшення виробництва рекреаційного продукту; вплив на сектор споживання (виробництво рекреаційного продукту): вплив на грошово-валютну сферу та експорт послуг	Приплив валютних надходжень у країну: податкові платежі до бюджетів різних рівнів; прибуток підприємств, заробітна плата робітників
<i>Екологічна:</i> збереження лікувально- рекреаційних ресурсів	Охорона навколишнього середовища; охорона курортних територій, що використовуються	Сталий розвиток; раціональне використання природних ресурсів; збереження якості навколишнього середовища; створення природної інфраструктури (парків, зелених ландшафтів)	Зниження негативного впливу на природу: заходи зі збереження флори та фауни

## ДОДАТОК Е

### Приклад документів на проведення тендерних процедур із закупівлі санаторно-курортних послуг

Оголошення про проведення закупівлі послуг лікувальних закладів з санаторно-курортного лікування ендокринної системи для осіб пільгової категорії (ветеранів праці, учасників війни, учасників бойових дій), на яких поширюється чинність Законів України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» та «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (придбання санаторно-курортних путівок)

#### 1 Замовник:

1.1 Найменування: Управління соціального захисту населення Новомосковської райдержадміністрації

1.2 Код за ЄДРПОУ: 2591443 9

1.3 Місце розташування: 51200; Дніпропетровська область, м. Новомосковськ, вул. Гетьманська, 12 (Радянська, 12).

1.4 Посадові особи Замовника, уповноважені здійснювати зв'язок з учасниками: Іванова Вікторія Анатоліївна, тел. (0593) 7-10-50, факс (0593) 7-10-50, e-mail: 1226uszn@ukr.net

Інформація по предмету закупівлі надається: Іванова Вікторія Анатоліївна, тел. (0593) 7-10-50

#### 2 Очікувана вартість закупівлі послуг:

8 757,00 грн (вісім тисяч сімсот п'ятдесят сім грн 00 коп.) із ПДВ.

#### 3 Інформація про предмет закупівлі:

##### 3.1 Найменування предмета закупівлі (послуг):

– послуги лікувальних закладів із санаторно-курортного лікування ендокринної системи для осіб пільгової категорії (ветеранів праці, учасників війни, учасників бойових дій), на яких поширюється чинність Законів України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» та «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (придбання санаторно-курортних путівок).

Код державного класифікатора:

– ДК-016-2010: код 86.10.1 – послуги лікувальних закладів (санаторно-курортні путівки);

– класифікатор CPV: 85111000-0 – послуги лікувальних закладів.

3.2 Кількість: 1 санаторно-курортна путівка.

3.3 Місце надання послуг: за місцем знаходження санаторно-курортного закладу.

3.4 Місце поставки бланків путівок: м. Новомосковськ,

вул. Гетьманська, 12 (вул. Радянська, 12).

3.5 Термін поставки: до 01.04.2018 р.

4 Вимоги до кваліфікації Учасників та спосіб їх підтвердження.

Основними критеріями відбору закладу для здійснення санаторно-курортного лікування осіб пільгової категорії є надання послуг з тимчасового проживання, харчування та лікування. Водночас, ці заклади зобов'язані мати діючу ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та рівень акредитації не нижче I категорії.

4.1 Вимоги до послуг з проживання:

– заклад повинен забезпечити можливість цілодобового перебування осіб у санаторно-курортному закладі протягом встановленого строку санаторно-курортного лікування;

– кімнати для проживання повинні бути двомісні з усіма зручностями. Кожний номер має бути забезпечений: умивальником, туалетом ванною або душовою кабінкою, ліжком, приліжковою тумбою, столом, шафою для одягу з вішалками, стільцями, графіном зі склянками, телевізором, холодильником.

– у разі функціонування санаторно-курортного закладу у період опалювального сезону житлові кімнати повинні забезпечуватися тепlopостачанням (опаленням), яке дозволить забезпечити тепловий температурний режим згідно з нормами Держсанепідслужби;

– заклад повинен забезпечити безпечні та комфортні умови проживання для осіб пільгової категорії відповідно до вимог чинного законодавства з урахуванням віку таких осіб та інших специфічних вимог, а також захворювань осіб, що прибувають для отримання послуг із санаторно-курортного лікування.

– заклад повинен мати у наявності необхідні дозвільні та інші документи, згідно з якими він має право на тимчасове розміщення осіб у санаторно-курортному закладі (якщо їх два й більше – на кожен такий заклад);

– заклад несе відповідальність за заподіяння шкоди майну, життю та здоров'ю осіб, що отримують послуги із санаторно-курортного лікування, що сталося внаслідок недотримання учасником вимог законодавства щодо забезпечення належних умов проживання.

4.2 Вимоги до послуг харчування:

– заклад повинен забезпечити щоденне харчування осіб (не менше чотирьох основних прийомів їжі) у санаторно-курортному закладі протягом встановленого строку санаторно-курортного лікування з дотриманням денної норми харчування, встановленої постановою Кабінету Міністрів України від 21 травня 1992 р. № 258 (зі змінами);

– заклад повинен забезпечити дієтичне харчування відповідно до профілю захворювання, за яким особа направлена на санаторно-курортне лікування, або відповідно до супутніх захворювань такої особи;



– заклад повинен забезпечити дотримання вимог діючого законодавства щодо санітарно-епідеміологічного стану приміщень, де готуються страви та здійснюється безпосереднє харчування (їдалень), а також вимог законодавства про проходження працівниками, що залучені до приготування їжі, санітарного огляду;

– заклад повинен забезпечити закупівлю сировини (продуктів харчування), яка відповідає вимогам діючих державних стандартів (ГОСТ, ДСТУ та ТУ) щодо якості та безпеки;

– заклад несе відповідальність за заподіяння шкоди життю та здоров'ю особам пільгової категорії, що сталося внаслідок недотримання учасником вимог законодавства щодо харчування.

4.3 Вимоги до послуг із санаторно-курортного лікування, що включають діагностику на санаторному етапі та лікувальні процедури:

– профіль санаторно-курортного лікування, за яким заклад подає свої пропозиції обов'язково повинен бути зазначений у Ліцензії Міністерства охорони здоров'я України, виданій цьому закладу;

– у закладі повинні бути медичне обладнання та медичні працівники, які мають кваліфікацію відповідно до профілю лікування по якому учасник подає свої пропозиції.

– заклад повинен забезпечити надання пільговикам послуг протягом 18 календарних днів;

– заклад повинен забезпечити надання послуг санаторно-курортного лікування пільговикам, якість яких відповідає вимогам наказу МОЗ від 06.02.2008 № 56;

– заклад повинен забезпечити надання послуг санаторно-курортного лікування з використанням обладнання, апаратури, витратних матеріалів та інших об'єктів матеріально-технічної бази, що відповідають вимогам діючого законодавства, мають необхідні дозвільні документи, сертифікати відповідності, бальнеологічні висновки та інші документи, є безпечними для застосування;

– заклад повинен забезпечити надання послуг із санаторно-курортного лікування (проведення діагностики та лікувальних процедур) на території санаторно-курортного закладу, у якому проживають особи пільгової категорії, крім виконання лабораторних досліджень. У разі відсутності власної лабораторії, забір матеріалу для дослідження повинен проводитися на території закладу;

– заклад несе відповідальність за заподіяння шкоди життю та здоров'ю осіб, що отримують послуги із санаторно-курортного лікування, що сталося внаслідок недотримання учасником вимог законодавства щодо надання послуг з лікування.

Досвід Виконавцем у наданні послуг із санаторно-курортного лікування має бути не менше трьох років.

Протягом дії договору про закупівлю ціна на послуги не може змінюватися.

5 Інформація про профіль лікування осіб пільгової категорії та кількість санаторно-курортних путівок.

Профіль лікування	Кількість путівок	Регіони, природні кліматичні умови
Ендокринна система	1	Санаторно-курортні заклади місцевого регіону Дніпропетровська область Наявність місцевих природних ресурсів, що сприяють оздоровленню, лікуванню

6 Учасник повинен надати в електронному вигляді (сканованому у форматі pdf) у складі своєї пропозиції наступні документи:

- свідоцтво про державну реєстрацію або копію витягу або виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців;
- свідоцтво про реєстрацію платника ПДВ або копію витягу з реєстру платників ПДВ (якщо Учасник є платником ПДВ) або платника єдиного податку (якщо Учасник є платником єдиного податку);
- заповнену «Форму пропозиції» згідно з Додатком № Ж;
- гарантійний лист про згоду з проектом договору про закупівлю;
- у вигляді листа в довільній формі надати контактні дані компанії-Учасника (з зазначенням реквізитів Учасника: назви, коду ЄДРПОУ, місцезнаходження, поштової адреси, телефону, електронної адреси, відомості про контактну особу (ПІБ, посада, контактний телефон);
- гарантійний лист Учасника, який підтверджує надання Учасником Замовнику всіх вищезазначених документів у паперовому вигляді (копій), оформлених належним чином, у разі його визнання переможцем, протягом 5 робочих днів із дати визнання його переможцем електронної закупівлі.

7 Інша інформація:

Під час укладання договору переможець електронних торгів повинен надати в паперовому вигляді завірені підписом та печаткою\* Учасника (оригінал не завіряється) наступні документи:

7.1 Копія ліцензії Міністерства охорони здоров'я України на відповідну діяльність (медичну практику).

7.2 Копія документа про відповідність послуг харчування їдальні у курортних закладах оздоровчого характеру.

7.3 Копія документа про відповідність послуг проживання в курортних закладах оздоровчого характеру.

7.4 Копія акредитаційного сертифіката Міністерства охорони здоров'я.

7.5 Довідка в довільній формі про наявність відповідних кваліфікованих медичних спеціалістів санаторно-курортного закладу (кількість штатних одиниць за кожною спеціальністю лікарів, середнього

та молодшого медичного персоналу, наявність категорії їх кваліфікації) відповідно до спеціалізації санаторно-курортного закладу та обраного лота.

7.6 Довідка в довільній формі про перелік апаратури, яка застосовується при лікуванні вказаних у спеціалізації санаторно-курортного закладу видів захворювань відповідно до спеціалізації санаторно-курортного закладу та обраного лота.

7.7 Копія медичного (бальнеологічного) висновку медико-біологічної оцінки якості та цінності природних ресурсів, а саме:

- за наявності в санаторному закладі лікування мінеральними водами – мінеральних вод;

- за наявності в санаторному закладі грязелікування – лікувальних грязей.

7.8 Довідка про перелік процедур, які застосовуються для лікування вказаних в спеціалізації санаторно-курортного закладу видів захворювань.

7.9 Копію свідоцтва про державну реєстрацію або копію витягу або виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.

7.10 Копію свідоцтва про реєстрацію платника ПДВ або копію витягу з реєстру платників ПДВ (якщо Учасник є платником ПДВ) або платника єдиного податку (якщо Учасник є платником єдиного податку).

7.11 Договір.

7.12 Накладну.

7.13 Інші документи, які Учасник вважає за доцільним надати у складі своєї пропозиції.

Копії документів мають бути скріплені печаткою\* та підписом уповноваженої особи.

\*ця вимога не стосується Учасників, які здійснюють діяльність без печатки згідно з чинним законодавством, за винятком оригіналів чи нотаріально завірених документів, виданих Учаснику іншими організаціями (підприємствами, установами).

Додатки до документації:

Додаток № Ж – Форма пропозиції. Загальна вартість предмету закупівлі зазначається в графі «Вартість пропозиції» у гривнях цифрами та прописом, з ПДВ.

Додаток № И – Договір (проект).

## ДОДАТОК Ж

### Форма пропозиції, яка подається Учасником на фірмовому бланку

Учасник не повинен відступати від змісту даної форми.

### ФОРМА ПРОПОЗИЦІЇ НА ЗАКУПІВЛЮ

Повна назва Учасника \_\_\_\_\_

Юридична адреса \_\_\_\_\_

Фактична адреса \_\_\_\_\_

Код ЄДРПОУ \_\_\_\_\_

Банківські реквізити \_\_\_\_\_

П.І.Б. керівника або представника згідно з довіреністю \_\_\_\_\_

Телефон/факс \_\_\_\_\_

Повністю ознайомившись та погоджуючись з умовами закупівлі та вимогами Замовника, надаємо свою пропозицію (згідно з вимогами до кваліфікації Учасників) на суму:

Найменування	Кількість	Вартість (грн) із ПДВ
Послуги лікувальних закладів із санаторно-курортного лікування ендокринної системи для осіб пільгової категорії (ветеранів праці, учасників війни, учасників бойових дій), на яких поширюється чинність Законів України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» та «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (придбання санаторно-курортних путівок)		
Загальна сума, (без ПДВ)		
Словами		

1. Ознайомившись із вимогами до кваліфікації Учасників та спосіб їх підтвердження щодо обсягу та термінів виконання послуг санаторно-курортного лікування, що закуповуються, ми маємо можливість та погоджуємось виконати послугу відповідної якості, у необхідному обсязі та в установлені замовником строки.

2. Разом із ціновою пропозицією ми погоджуємося з усіма вимогами до учасника та надаємо документи (скановані копії), передбачені в вимогах.

Посада, прізвище, ініціали, підпис уповноваженої особи підприємства/фізичної особи, завірені печаткою

\_\_\_\_\_  
Підпис

(\_\_\_\_\_)  
ПІБ

## ДОДАТОК № И

### Договір (проект)

#### ДОГОВІР № \_\_\_\_\_

Про закупівлю послуг лікувальних закладів з санаторно-курортного лікування ендокринної системи для осіб пільгової категорії (ветеранів праці, учасників війни, учасників бойових дій), на яких поширюється чинність Законів України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» та «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (придбання санаторно-курортних путівок)

м. Новомосковськ

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 р.

Управління соціального захисту населення Новомосковської райдержадміністрації (далі – Замовник), в особі начальника **БОРИСЕНКА Володимира Васильовича**, що діє на підставі Положення, з однієї сторони, і \_\_\_\_\_ (далі – Виконавець) в особі \_\_\_\_\_, що діє на підставі \_\_\_\_\_, з іншої сторони, разом – Сторони, уклали цей договір про таке (далі – Договір):

### 1 Предмет договору

**1.1** Виконавець зобов'язується у 2018 році надати Замовнику послуги, зазначені в п. 1.2. Договору, а Замовник – прийняти ці послуги та оплатити їх згідно з розділом 4 та п. 6.1.1. Договору.

**1.2** Предмет договору: *послуги лікувальних закладів із санаторно-курортного лікування ендокринної системи для осіб пільгової категорії (ветеранів праці, учасників війни, учасників бойових дій), на яких поширюється чинність Законів України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» та «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (придбання санаторно-курортних путівок).*

Кількість послуг: 1 путівка.

**1.3** Обсяги закупівлі послуг можуть бути зменшені залежно від фактичного фінансування видатків.

### 2 Якість послуг

**2.1** Виконавець повинен надати Замовнику послуги, якість яких відповідає вимогам Міністерства охорони здоров'я України до санаторно-курортних закладів із відновлення здоров'я згідно з відповідною специфікою захворювань, діючим Державним санітарним правилам та

нормам, критеріям Державної Акредитації закладу, Статуту.

**2.2** Виконавець забезпечує розміщення, харчування, лікування, безкоштовну доставку з ж/д вокзалу або автовокзалу та у зворотному напрямку, а також всі вимоги щодо перебування та оздоровлення у санаторії громадян пільгової категорії.

### **3 Ціна договору**

**3.1** Вартість 1 путівки на 18 календарних днів становить \_\_\_\_\_ грн.  
( \_\_\_\_\_ ) із ПДВ.

**3.2** Загальна ціна Договору становить \_\_\_\_\_ грн.  
( \_\_\_\_\_ ) із ПДВ.

**3.3** Ціна цього договору може бути зменшена за взаємною згодою Сторін.

### **4 Порядок здійснення оплати**

**4.1** Розрахунки між сторонами проводяться у безготівковій формі після надання Виконавцем послуг.

**4.2** Попередня оплата забороняється.

Виконавець повертає Замовнику кошти за невикористані дні оздоровлення у разі запізнення та/або дострокового виїзду особи, в тому числі без поважних причин, дострокової виписки за порушення правил поведінки та режиму оздоровчого закладу тощо.

**4.3** У разі зменшення фактичного обсягу видатків Замовника на закупівлю цих послуг або письмової відмови осіб пільгової категорії від проходження санаторно-курортного лікування, Замовник зменшує обсяги їх закупівлі, про що в письмовому вигляді повідомляє Виконавця. У цьому випадку Замовник повертає Виконавцю невикористані бланки путівок та вносить зміни до Договору у вигляді додаткової угоди.

**4.4** Замовник здійснює оплату за отримані послуги із санаторно-курортного лікування на підставі ст.49 Бюджетного кодексу України, у межах кошторисних призначень та по мірі надходження фінансування, на підставі рахунку, накладної за путівки, акту виконаних робіт з надання послуг.

**4.5** При надходженні коштів з державного бюджету на власний рахунок в повному обсязі від потреби на відповідну статтю витрат Замовник здійснює розрахунки з Виконавцем шляхом перерахування коштів на розрахунковий рахунок Виконавця на підставі документів, зазначених у п.4.5. цього Договору.

### **5 Надання послуг**

**5.1** Строк надання послуг – по 01 жовтня 2018 року.

**5.2** Місце надання послуг: \_\_\_\_\_.

**5.3** Термін однієї путівки – 18 (вісімнадцять) днів.

**5.4** Дати початку надання послуг з перебування в оздоровчому закладі Замовник та Виконавець узгоджують додатково.

## **6 Права та обов'язки Сторін**

### **6.1 Замовник зобов'язаний:**

**6.1.1** Проводити оплату за надані послуги на умовах цього Договору та у відповідності з вимогами Бюджетного кодексу України.

**6.1.2** Приймати надані бланки путівок згідно з накладною.

**6.1.3** Надавати Виконавцю заявки (повідомлення), уточнювати кількість путівок, періоду заїзду та строки, передбачені цим Договором.

**6.1.4** Направляти до оздоровчого закладу осіб, згідно з медичним висновком.

**6.1.5** При видачі особам путівок заповнювати всі графи бланка путівки, засвідчувати підписом відповідального за видачу путівок і завіряти печаткою Замовника.

**6.1.6** Попередньо погоджувати з Виконавцем графіки заїздів.

### **6.2 Замовник має право:**

**6.2.1** Вимагати від Виконавця надання якісних послуг.

**6.2.2** Здійснювати перевірку якості надання послуг, зокрема шляхом виїзду до лікувального закладу.

**6.2.3** Інформувати Виконавця про факти втрати путівок, звертатись за наданням дублікатів путівок, зворотних талонів замість втрачених.

**6.2.4** Вносити зміни в графік заїздів до оздоровчого закладу протягом строку дії Договору.

**6.2.5** Порушувати питання щодо перенесення термінів дії путівок та надання послуг за ними.

**6.2.6** Зменшувати обсяг закупівлі надання послуг та загальну вартість цього Договору залежно від реального фінансування видатків. У такому разі Сторони вносять відповідні зміни до цього Договору шляхом укладання додаткової угоди.

**6.2.7** Достроково розірвати цей Договір у разі часткового або повного невиконання зобов'язань Виконавцем, повідомивши про це його у семи денний строк до моменту розірвання Договору.

**6.2.8** Повернути рахунок Виконавцю без здійснення оплати в разі нена належного оформлення документів, зазначених у пункті 4.5. розділу 4 цього Договору (відсутність печатки, підписів, невірні суми тощо).

### **6.3 Виконавець зобов'язаний:**

**6.3.1** Поставляти бланки путівок у кількості та терміни, вказані Замовником.

**6.3.2** Надавати графік заїздів до оздоровчого закладу, погоджуючи його із Замовником, змінювати термін заїзду за наявності поважних причин за клопотанням Замовника.

**6.3.3** Якісно обслуговувати осіб, направлених до оздоровчого закладу, в установленому законодавством порядку та забезпечувати умови для повноцінного оздоровлення.

**6.3.4** Забезпечувати осіб лікувально-діагностичними послугами з основного захворювання відповідно до спеціалізації оздоровчого закладу.

**6.3.5** Забезпечувати осіб лікувальним харчуванням залежно від характеру захворювання.

**6.3.6** Розміщувати осіб у двомісних номерах з усіма зручностями. Кожний номер має бути забезпечений: умивальником, туалетом ванною або душовою кабінкою, ліжком, при ліжковою тумбою, столом, шафою для одягу з вішалками, стільцями, графіном зі склянками, телевізором, холодильником. Усі номери повинні забезпечуватись холодною та гарячою водою цілодобово.

**6.3.7** Забезпечувати комплектність і справність обладнання в номері, а також якість підготовки приміщень до розміщення.

**6.3.8** Доводити до відома осіб інформацію щодо правил перебування у оздоровчому закладі, переліку основних (безкоштовних) послуг, які входять у вартість послуги (путівки), переліку додаткових (платних) послуг та прейскурант цін на них.

**6.3.9** Після первинного огляду лікарем оздоровчого закладу надавати кожній особі санаторно-курортну книжку з обов'язковим зазначенням переліку всіх безкоштовних лікувальних процедур та діагностичних обстежень, які входять у вартість послуги (путівки) відповідно до профілю оздоровлення.

**6.3.10** У разі погіршення стану здоров'я особи, яка прибула на оздоровлення, забезпечувати її амбулаторною або стаціонарною допомогою у закладах охорони здоров'я за місцем розташування оздоровчого закладу в порядку, встановленому законодавством України та повідомити про це Замовника та родичів цієї особи.

**6.3.11** Повідомляти Замовника про осіб, яких достроково виписано через порушення режиму оздоровчого закладу.

**6.3.12** Повідомляти Замовника про осіб, які прибули до оздоровчого закладу із запізненням та/або достроково виїхали з нього.

**6.3.13** Забезпечувати місце (кімнату) для перебування осіб у день прибуття та день виїзду із закладу.

**6.3.14** Надавати на вимогу Замовника інформацію щодо якості харчування, умов проживання та оздоровлення тощо.

**6.3.15** Безперешкодно, незалежно від часу доби, надавати спеціалістам Замовника доступ до всіх приміщень оздоровчого закладу з метою перевірки скарг громадян, які отримали путівки, щодо якості харчування, умов проживання та оздоровлення тощо.

**6.3.16** У термін, встановлений Замовником, усувати виявлені недоліки в наданні послуг.

**6.3.17** Після закінчення терміну оздоровлення видавати кожній особі заповнений зворотній талон до путівки.



#### **6.4 Виконавець має право:**

**6.4.1** Отримувати плату за якісно надані послуги відповідно до умов цього Договору.

**6.4.2** Відмовити особі в продовженні оздоровлення у разі порушення ним режиму оздоровчого закладу.

### **7 Відповідальність Сторін**

**7.1** У разі невиконання або неналежного виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність, передбачену діючим законодавством України та цим Договором.

### **8 Обставини непереборної сили**

**8.1** Сторони звільняються від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, які не існували під час укладання Договору та виникли поза волею Сторін (аварія, катастрофа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, війна тощо).

**8.2** Сторона, що не може виконувати зобов'язання за цим Договором унаслідок дії обставин непереборної сили, повинна не пізніше ніж протягом трьох днів з моменту їх виникнення повідомити про це іншу Сторону у письмовій формі.

**8.3** Доказом виникнення обставин непереборної сили та строку їх дії є відповідні документи, які видаються центральними органами виконавчої влади.

**8.4** У разі коли строк дії обставин непереборної сили продовжується більше ніж 20 днів, кожна зі Сторін в установленому порядку має право розірвати цей Договір.

### **9 Вирішення спорів**

**9.1** У разі виникнення спорів або розбіжностей Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів та консультацій.

**9.2** У разі недосягнення Сторонами згоди спори (розбіжності) вирішуються у судовому порядку.

### **10 Строк дії договору**

**10.1** Цей договір набирає чинності з моменту його підписання та діє до 31.12.2018, а в частині проведення розрахунків – до повного здійснення.

**10.2** Цей Договір укладається та підписується у двох примірниках, що мають однакову юридичну силу.

**10.3** Усі зміни та доповнення до даного Договору оформлюються додатковими угодами.

## **11 Юридичні адреси, банківські реквізити й підписи Сторін**

<p><b>Замовник:</b>          Управління соціального захисту населення Новомосковської райдержадміністрації          Адреса: 51200, Україна, Дніпропетровська область,          м. Новомосковськ,          вул. Гетьманська, 12 (Радянська, 12)          тел. 0 (5693) 7-10-50,          тел./факс 0 (5693) 7-10-50          код ЄДРПОУ 25914439          р/рахунок 35410054012104          в ГУДКСУ у Дніпропетровській області          МФО 820172</p> <p>Начальник управління          _____ В. В. Борисенко</p>	<p><b>Виконавець:</b>          _____          _____          Адреса: _____          _____          _____          тел./факс: _____          код ЄДРПОУ _____          МФО _____          р/рахунок _____          Банк _____</p> <p>Керівник:          _____</p>
--	--

*ПОГОДЖЕНО:*

В.о. начальника відділу  
 фінансово-господарського  
 забезпечення –  
 головного бухгалтера  
 Начальник відділу обслуговування  
 осіб з інвалідністю, ветеранів війни  
 і праці та чорнобильців  
 Головний спеціаліст-юрисконсульт:

*ПОГОДЖЕНО:*

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ С. В. Василяно  
 \_\_\_\_\_ В. А. Іванова  
 \_\_\_\_\_ Н. П. Петров

*Навчальне видання*

**ВЛАЩЕНКО** Наталія Миколаївна

# **УПРАВЛІННЯ КУРОРТАМИ**

**НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК**

Відповідальний за випуск *І. М. Писаревський*

Редактор *В. І. Шалда*

Комп'ютерне верстання *Є. Г. Панова*

Дизайн обкладинки *Т. А. Лазуренко*

Підп. до друку 08.04.2019.      Формат 60×84/16.

Друк на ризографі. Ум. друк. арк. 13,1.

Тираж 60 пр.    Зам. №

Видавець і виготовлювач:

Харківський національний університет  
міського господарства імені О. М. Бекетова,  
вул. Маршала Бажанова, 17, Харків, 61002.

Електронна адреса: [rectorat@kname.edu.ua](mailto:rectorat@kname.edu.ua).

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:

ДК №5328 від 11.04.2017.